介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届

高千穂町長　様

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届出ます。

上記（適用・変更・終了）より該当するものに丸をつける

在宅→施設：適用　　施設→施設：変更　　施設→在宅：終了

		届出年月日	平成　　年　　月　　日
届出者氏名		本人との関係	
届出者住所	〒 電話番号		

＊届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0							
	フリガナ 氏　名										生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	
											性　別	男　・　女	

世帯主	氏　名		世帯主との続柄		
				生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
				性　別	男　・　女

異動前情報	従前の住所	〒 電話番号	
	＊異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと		
	施設	名　称	
		退所年月日	

異動後情報	現住所	〒 電話番号	
	＊異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと		
	施設	名　称	
		入所年月日	