介護保険住所地特例適用・変更・終了届

　（あて先）桐生市長

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出人 | 氏名 |  | 届出年月日 | 年 月 日 |
| 本人との関係 |  |
| 住所 | 〒 | | |
|  | 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 世帯主との続柄 |  |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明･大･昭 年 月 日 |
| 性別 | 男 ・ 女 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯主 | 氏名 |  | 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 |  |
| * 異動前の住所が施設の場合は、以下に記入してください。 | | | |
| 施設名称 |  | | |
| 退所年月日 | 年　　　月　　　日 | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 異動後情報 | 現住所 | 〒 | |  | |
| 電話番号 |  |
| * 異動後の住所が施設の場合は、以下に記入してください。 | | | | |
| 施設名称 | |  | | |
| 入所年月日 | | 年　　　月　　　日 | | |

＊ １（適用・変更・終了）のうち該当するものを○で囲んでください。

　　　「適用」は在宅から施設への異動、「変更」は施設から施設への異動、「終了」は施設から在宅への異動です。

　２ 届出人が被保険者本人の場合は、届出人住所、電話番号の記入は不要です。