

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了届

(あて先)

枚方市長

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。
 （在宅から施設は「適用」、施設から施設は「変更」、施設から在宅は「終了」に○印）

届出年月日 年 月 日

※太枠部分のみ記入してください。

届出人氏名		被保険者との続柄	
届出人住所	〒 ー ー 電話番号 ー ー		

*届出人が被保険者本人の場合、上記の申請者住所と電話番号の記載は不要です。

被保険者番号				個人番号			
被 保 険 者	フリガナ						世帯主との続柄
	氏名						
	性別	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日（歳）
世 帯 主	フリガナ						
	氏名						
	性別	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日（歳）
異 動 前 情 報	従前住所	〒 ー ー 電話番号 ー ー					
	*施設退所(退居)の場合は、以下の住所地特例対象施設名称と退所(退居)年月日も記入してください。						
	住所地特例対象施設名称						
	退所(退居)年月日	年 月 日					
異 動 後 情 報	現住所	〒 ー ー 電話番号 ー ー					
	*施設入所(入居)の場合は、以下の住所地特例対象施設名称と入所(入居)年月日も記入してください。						
	住所地特例対象施設名称						
	入所(入居)年月日	年 月 日					