様式第１号（第３条関係）

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

　　　魚津市長　　　　　あて

　　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。

　　　　　＊上記（適用・変更・終了）より該当するものに○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 | 年　　月　　日 |
| 届出人氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 届出人住所 | 〒  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 | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　 月 　日 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 性別 | 男・女 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | 氏名 | |  | | | | | | | | 被保険者との続柄 | | | | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | 生年月日 | 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 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 異動後情報 | 現住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊異動後住所が施設の場合、以下も記入のこと | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設 | 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |