

## 介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

(宛先)府中町長

次のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号			
	被保険者氏名		個人番号			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女		

届 出 人	氏 名		被保険者 との関係			
	※1 住 所	〒 _____  電話番号 ( ) - _____				

※2 世 帯 主	氏 名		被保険者 との関係			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女		

異 動 前 情 報	※3 従前の住所		〒 _____  電話番号 ( ) - _____			
	施 設	名称				
		退所年月日	令和 年 月 日			

異 動 後 情 報	※4 現住所		〒 _____  電話番号 ( ) - _____			
	施 設	名称				
		入所年月日	令和 年 月 日			

- 注意
- ※1 届出人が被保険者本人の場合、届出人住所・電話番号は記載不要です。
  - ※2 世帯主が被保険者本人の場合、記載不要です。
  - ※3・4 施設の場合は名称・異動年月日を記入してください。