

介護保険住所地特例 適用・変更・終了 届出書

宮古島市長 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	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

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		世帯主との続柄		
				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	年 月 日																