

介護保険 住所地特例適用・変更・終了届

大島町長 様

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
住宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→在宅：終了

		届 出 年 月 日	令 和 年 月 日
届出人氏名	印	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。

※ 本人、家族等以外の方が申請する場合は、「届出人氏名」欄に押印もお願いします。（認印、事業者印等）

[illegible]

世帯主	氏 名		世帯主との続柄					
				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	平成・令和	年	月

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		令和 年 月 日				