

介護保険住所地特例 適用・変更・終了 届書

木更津市長 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。

※次により上記の該当するものに○をつけてください。

在宅→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
届出者氏名			被保険者との関係			
届出者住所	〒 ー					
		電話番号 ー ー				

※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														生年月日	明・大・昭	年	月	日
	個人番号														性 別	男・女			
	フリガナ																		
	氏名																		

世 帯 主	フリガナ													被保険者との関係				
	氏名													生年月日	明・大・昭	年	月	日
															性 別	男・女		

異 動 前 情 報	従前の住所	〒 ー												電話番号 ー ー			
	※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	令和 年 月 日															

※退所理由が死亡の場合、以下の欄は記入不要

異 動 後 情 報	現住所	〒 ー												電話番号 ー ー			
	※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															