介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届

北上市長　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。

＊上記（適用・変更・終了）の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	令和　　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は、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			
	氏　名		生年月日	明・大・昭　　年　月　日

世帯主	氏　名		世帯主との続柄		
				生年月日	明・大・昭　　年　月　日

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（居）年月日	令和　　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（居）年月日	令和　　年　　月　　日