

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

(宛先) 東 大 阪 市 長

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丸をつける。
 住宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→住宅：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 | | 個人番号 | |
| | フリガナ | | 世帯主との 続柄 | |
| | 氏 名 | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |

| | | | | |
|-------------|------|--|------|------------------------|
| 世 帯 主 | フリガナ | | 個人番号 | |
| | 氏 名 | | 生年月日 | 明・大・昭・平 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 | 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 | 年 月 日 | | |