介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届

南種子町長　小園　裕康　殿

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）より該当するものを〇で囲む。
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		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	5 0 2 0 0		
	フリガナ			
	氏　名		生年月日	明・大・昭　年　月　日
			性別	男　・　女

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	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	
		入所年月日	令和　年　月　日