

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

富士宮市長 あて

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

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					
	氏 名	生年月日	明・大・昭	年	月	日
性 別		男 ・ 女				

世 帯 主	フリガナ						
	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（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	

市記入欄（再交付）

被保険者証 <input type="checkbox"/>	負担割合証 <input type="checkbox"/>	負担限度額認定証 <input type="checkbox"/>	社会福祉法人軽減確認証 <input type="checkbox"/>	証送付日 /
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	-----------