

第 1 号 様 式 (第 2 条 関 係)

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

(あて先) 戸沢村長

介護保険法施行規則第25条の規定により、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。

		申請年月日	年 月 日
届 出 者	氏 名	本人との関係	
	住 所	〒 ー 電 話 番 号 ()	

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

異 動 前 情 報	従 前 の 住 所	〒 ー 電 話 番 号 ()		
	※ 異動前住所が施設の場合、以下も記入してください。			
	施 設	名 称		
		退所年月日	年 月 日	

異 動 後 情 報	現 住 所	〒 ー 電 話 番 号 ()		
	※ 異動後住所が施設の場合、以下も記入してください。			
	施 設	名 称		
		入所年月日	年 月 日	

備考

- 届出者が被保険者本人の場合は、届出者住所・電話番号の記載は、必要ありません。
- のある欄は、該当個所にレ印を付けてください。