様式第1号(第3条関係)

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

　湧別町長　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 届出年月日 | 年　　月　　日 |
| 届出者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 届出者住所 | 〒  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 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | 性別 | | | | 男・女 | | | | |  | | | | | |
| これまでの住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| これからの住所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※施設 | 名称 |  | |
| 電話番号 |  |  |
| 所在地 | 〒 | |
| 入所年月日 | 年　　月　　日 |  |
| 退所年月日 | 年　　月　　日 |  |

※　変更の届出の場合は、変更後の施設について記入してください。

担当者記入

|  |  |
| --- | --- |
| 適用・変更・終了年月日 | 年　　月　　日 |