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 |