

介護保険 住所地特例適用・変更・終了届

（あて先）函館市長

次のとおり住所地特例 **（適用）** 変更・終了）について届出ます。

*上記（適用・変更・終了）の該当するものに丸をつける。
 在宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→在宅：終了

記載例

	届出年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
届出人氏名	本人との関係	函館 花子 長女
届出人住所	電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	

*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	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		
	フリガナ	ハコダテ タロウ			生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	函館 太郎			世帯主との続柄	本人

世 帯 主	個人番号						
	氏名	同 上			生年月日		

対象者と異なる場合は氏名等を記入してください

異 動 前 情 報	従前の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号	電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
	*異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと				
	施設	名称	施設から退所の場合は記入してください		

異 動 後 情 報	現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号	電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
	*異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと				
	施設	名称	特別養護老人ホーム〇〇〇〇	入所（居）年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日

施設へ入所の場合は記入してください
 ※施設→自宅の場合は空欄