

様式第 5 号（第 8 条関係）

介護保険住所地特例（適用・変更・終了）届出書

いちき串木野市長 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。

\*上記（適用・変更・終了）のうち該当するものに○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	年 月 日
届出人氏名	本人との関係	
届出人住所	〒 電話 ( )	

\*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		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女

世 帯 主	氏 名	世帯主と の 続 柄	生年月日	年 月 日
			性 別	男 ・ 女

異 動 前 情 報	従 前 の 住 所	〒 電話 ( )
	*異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと。	
	施 設 名 称	
	退所年月日	年 月 日

異 動 後 情 報	現 住 所	〒 電話 ( )
	*異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと。	
	施 設 名 称	
	入所年月日	年 月 日