

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了届

年 月 日

川西町長 殿

次のとおり住所地特例（ 適用 変更 終了 ）について届出ます。

被 保 険 者	被保険者番号										
	個人番号										
	フリガナ									性別	生 年 月 日
	氏 名									男女	明 大 昭 年 月 日

※被保険者本人が届出の場合は、記入不要

届 出 人	氏 名		続 柄	
	住 所	〒 ー		
	電話番号	()		

※被保険者が世帯主ではない場合に、記入してください

世 帯 主	フリガナ		続 柄	生 年 月 日
	氏 名			年 月 日

【異動前情報】※異動前住所が施設の場合、名称・退所年月日も記入のこと

住 所	〒 ー		電 話 番 号
			()
名 称		退所年月日	年 月 日

【異動後情報】※異動後住所が施設の場合、名称・退所年月日も記入のこと

住 所	〒 ー		電 話 番 号
			()
名 称		入所年月日	年 月 日