介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届

鹿 沼 市 長　宛

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について被保険者証を添えて届出ます。

※適用：在宅→施設　変更：施設→施設　終了：施設→在宅

◆太わくの中を記入してください。

		届出年月日	令和　　年　　月　　日
届出人氏名		被保険者との関係	本　人・
届出人住所	〒	電　　話	（　　）

※届出人が被保険者本人の場合、届出者住所・電話は記載不要

被保険者	被保険者番号												
	個人番号												
	フリガナ										生年月日		
	被保険者氏名										明治・大正・昭和　年　月　日		

異動前	住　所	〒	電　話	（　）
	※異動前住所が施設の場合は、以下も記入。			
	施設	名　称		
		退所年月日	年　月　日	

異動後	住　所	〒	電　話	（　）
	※異動後住所が施設の場合、以下も記入			
	施設	名　称		
		入所年月日	年　月　日	

市処理欄			
受付		入力	