|  |
| --- |
| 介護保険住所地特例　適用・変更・終了届　富良野市長　　　　　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。 |
|  |  |  | 届出年月日 | 　　年　　月　　日 |  |
|  | 届出人氏名 |  | 本人との関係 |  |  |
|  | 届出人住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　 |  |
|  |
|  | 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | フリガナ |  | 生年月日 | 明･大･昭　　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 | 明･大･昭　年　　月　　日 |  |
|  |  |
|  |  | 性別 | 男　・　女 |  |
| 　　※被保険者本人が世帯主の場合は記載不要です。 |
|  | 異動前情報 | 従前の住所 | 〒電話番号　　　　　　　　 |  |
|  | ＊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 | 〒電話番号　　　　　　　　 |  |
|  | ＊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 |  |
|  |