

様式第3号(第3条関係)

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

(宛先) 河内長野市長

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)より該当するものに○をつける

[在宅→施設:適用 施設→施設:変更 施設→在宅:終了]

| | | | | | |
|-------|-------------|--------|---|---|---|
| | | 申請年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 届出人氏名 | | 本人との関係 | | | |
| 届出人住所 | 〒 電話番号() ー | | | | |

*届出人が被保険者本人の場合、届出人住所・電話番号は記載不要

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|------|--------|-------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 | フリガナ | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|------|---------|-------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 世 帯 主 | フリガナ | 世帯主との続柄 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | |
| | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 異 動 前 情 報 | 従前の住所 | 〒 電話番号() ー | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | *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() ー | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | *異動後住所が施設の場合、以下も記入のこと | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 施設 | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 入所年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |