|  |
| --- |
|  |
| 介護保険住所地特例適用・変更・終了届 |
| （宛先）栃木市長 |
|  |
| 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）から該当するものに丸をつける。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 | **〒**　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| ＊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 |  |
|  |
|  | 世　帯　主 | 氏　名 |  | 被保険者との続柄 |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
|  |
|  | 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 |
|  |

別記様式第２５号（第２９条関係）