

## 介護保険住所地特例適用・変更・終了届

遠軽町長 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	平成	年	月	日
申請者氏名	本人との関係				
申請者住所	〒 電話番号 ( )				

被 保 険 者	被保険者番号					
	個人番号					
	フリガナ				生年月日	明・大・昭
	氏 名				年 月 日	
	性 別				男 ・ 女	
	これまでの住所					
これからの住所	〒 電話番号 ( )					

※ 施 設	名 称					
	事業所番号					
	電話番号					
	所在地	〒				
	入所年月日	平成	年	月	日	
	退所年月日	平成	年	月	日	

※ 変更の届出の場合は、変更後の施設について記入してください。

遠軽町記入欄

適用・変更・終了 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 特定施設〔有料老人ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス（軽費老人ホーム）、サービス付き高齢者向け住宅／地域密着型特定施設除く〕
<input type="checkbox"/> 被保険者証・負担割合証発行	