

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	令和 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										
	氏 名	生年月日	明・大・昭 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	令和 年 月 日								
	退所年月日	令和 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 令和 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	