様式第15号（第21条関係）

|  |
| --- |
| **介護保険住所地特例　適用・変更・終了　届**肝付町長　　　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。＊上記（適用・変更・終了）より該当するものに○を付ける在宅→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 |
| 被保険者名 | フリガナ | 　 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |  |
| 　 |  |
| 世帯主 | 氏名 |  | 世帯主との続柄 |  |  |
| 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 |
| 　 |