

第18号様式（第17条関係）

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

（あて先）出 水 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) ー		

※ 届出人が被保険者本人の場合、届出人住所及び電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号													世帯主との続柄	
	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	被保険者氏名											性別	男・女		

世 帯 主	氏 名											生年月日	年 月 日
												性別	男・女

異 動 前 情 報	従前の住所	〒 (電話) 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) 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											