

様式第16号(第21条関係)

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

宜野湾市長 殿

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丸をつける

在宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→在宅：終了

		申請年月日	年	月	日
届出人氏名	印	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	個人番号								
	フリガナ						被保険者番号		
	氏 名		生年月日	明・大・昭	年	月	日		
			性別	男		・	女		

世 帯 主	氏 名		世帯主との続柄				
			生年月日	明・大・昭	年	月	日
			性別	男		・	女

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			