介護保険　住所地特例適用・変更・終了届

練馬区長　殿

つぎのとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届け出ます。

該当に○をする(適用：在宅→施設　変更：施設→施設
終了：施設→在宅)

被保険者	被保険者番号		届出年月日	年　月　日
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年　月　日		
	個人番号			

届出人氏名		被保険者との関係	
届出人住所	〒 電話番号		

※　届出人が被保険者本人の場合、届出人住所・電話番号は不要です。

異動前情報	住所	〒 電話番号
	※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	住所	〒 電話番号
	※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

異動後の世帯状況

被保険者の世帯主との続柄		＊続柄が本人の場合には、世帯主欄は記載不要です。

世帯主	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
	個人番号	

＜業務欄＞

本人確認	済・未	端末確認	1　番号記載不可 2　確認書類不足 3　番号記載なし 4　その他(　　)

(介護保険課受付)