第６号様式（第５条関係）

|  |
| --- |
| **介護保険住所地特例適用・変更・終了届**　白　河　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)から該当するものに丸を付ける。　　　　　　　　　　　　　　　　　住宅→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 |  |
| 　 |
| 　 | 被保険者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明　・　大　・　昭　　　　　年　　　月　　　日 | 　 |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 　 |
| 　 | 世帯主 | 氏名 |  | 続柄 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
|  | 生年月日 | 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 |
| 　 |