

様式第2号(第3条関係)

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

日置市長 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○をつける。

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	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女

世 帯 主	個人番号		世帯主との 続 柄	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		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		
	*異動後住居地が施設の場合、以下も記入のこと。			
	施 設	名 称		
	入所年月日	年 月 日		