

第2号様式（第3条第3項関係）

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

茅室町長 あて

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届出ます。

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										
	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	
	*異動後居宅地が施設の場合、以下も記入のこと			
	施設	名称		
		入所年月日		年 月 日