様式第２号

# 介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届

田　辺　市　長　あて

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 届出年月日 | 平成　年　月　日 |
| 届出人氏名 | | 本人との関係 | |
| 届出人住所 | 〒<br>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<br>氏　名 | | 生年月日 | 明・大・昭<br>年　月　日 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 世帯主 | 氏　名 | | 世帯主との続柄 | 生年月日 | 明・大・昭<br>年　月　日 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 異動前情報 | 従前の住所 | 〒<br>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(居)年月日 | 平成　年　月　日 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 異動後情報 | 現住所 | 〒<br>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(居)年月日 | 平成　年　月　日 |