

様式第2号(第2条関係)

| | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------------------|--------|------|-------|--|--|
| 介護保険住所地特例適用・変更・終了届 行方市長 宛て 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付ける。 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 | 年 月 日 | | |
| 世 帯 主 | 氏 名 | 世帯主との続柄 | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| | | | | | | | |
| 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 | | | | |