

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																		
	フリガナ名															生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏 名															性 別			

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			