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 | | | | 明・大・昭　　年　　月 　日 | |  |
|  |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |