

様式第2号(第3条関係)

介護保険住所地特例 適用・変更・終了 届
厚真町長 様

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)の該当するものに丸をつけてください。
住宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→住宅：終了

		届出年月日	年 月 日
届 出 人 氏 名		被保険者本人との関係	
届 出 人 住 所	〒 ー 電話番号() ー		

*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	個 人 番 号																
	被保険者番号												生 年 月 日	年 月 日			
	フリガナ																
	氏 名													性 別	男 ・ 女		

世 帯 主	氏 名		世帯主との続柄	生年月日	年 月 日
				性 別	男 ・ 女

異 動 前 情 報	従前の住所	〒 ー 電話番号() ー				
	* 異動前住所が施設の場合、以下も記入してください。					
	施設	名 称				
	退所(居)年 月 日	年 月 日				

異 動 後 情 報	現住所	〒 ー 電話番号() ー				
	* 異動後居住地が施設の場合、以下も記入してください。					
	施設	名 称				
	入所(居)年 月 日	年 月 日				