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　　　川根本町長　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)より該当するものに○印を付ける。　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は、届出者住所及び電話番号は記入不要　 |
| 　 | 被保険者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | 　 |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男・女 |
| 　 |
|  | 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は以下も記入すること。 |
| 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は以下も記入すること。 |
| 施設 | 名称 | 　 |
| 入所年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 　 |