

様式第2号

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

東三河広域連合長 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○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															生年月日	年 月 日
	個人番号																
	フリガナ	-----															
	氏 名																

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

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