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

大槌町長　様

次のとおり、住所地特例の（適用・変更・終了）について届け出ます。

届出者	フリガナ		届出年月日	年　月　日
	氏　名	印	被保険者との関係	
	住　所	※ 届出者が被保険者の場合は、届出者住所・電話番号の記入は不要 〒 電話番号		

被保険者	個人番号			
	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	明治 大正　年　月　日 昭和
	氏　名		性　別	男　・　女

世帯主	フリガナ		世帯主との続柄	※ 世帯主が被保険者本人の場合は、氏名のみ記入
	氏　名		生年月日	明治 大正　年　月　日 昭和

【適用】

入所施設等	現住所	〒 電話番号
	施設名	※ 異動後居住地が施設の場合は、以下も記入
	入所年月日	年　月　日

【終了】

入所施設等	従前の住所	〒 電話番号
	施設名	※ 異動前住所が施設の場合は、以下も記入
	退所年月日	年　月　日