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 |