

様式第 2 号

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

太子町長 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○をつける

住宅→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			
	個 人 番 号			
	フ リ ガ ナ			
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日

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 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	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	年 月 日	