

様式第2号(第15条関係)

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

加須市長 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。

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		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			

世 帯	フリガナ		世帯主との続柄	生年月日	年 月 日
	氏 名				

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	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		