様式第2号（第2条関係）

介護保険　住所地特例適用・変更・終了届

城里町長　様

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届出ます。

＊上記（適用・変更・終了）の該当するものに丸をつける。
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									
	氏　名														世帯主との続柄									

世帯主	個人番号																							
	氏　名														生年月日									

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（居）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（居）年月日	