様式第2号

|  |
| --- |
| 介護保険住所地特例　適用・変更・終了届書　　市 川 市 長　　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丸をつける住宅→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 | 明・大・昭　年　 月　 日生 |
| 　 |
| 　 | 世帯主 | 氏名 | 　 | 世帯主との続柄 |  | 　 |
| 　 | 生年月日 | 明・大・昭　年　 月　 日生 |
| 　 |
| 　 | 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 | 　　　　　　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 | 　 |
| 退所（居）年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 　 |