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

ひたちなか市長　殿

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〇を付ける

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		生年月日	年　月　日
	氏名			

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