様式第2号(第4条関係)

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

阿久比町長　　殿

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)より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(　)　―		

＊届出人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			
	フリガナ		個人番号	
	氏名		生年月日	年　月　日

世帯主	フリガナ		被保険者との続柄	
	氏名		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