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）について届け出ます。 \*　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 |
|  | 申請年月日 | 年　　月　　日 |  |
|  | 届出人氏名 |  | 本人との関係の関係 |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フ リ ガ ナ |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　名 |  | 生 年 月 日 | 　　　　年　　月　　日 |  |
| 性　　別 | 男　　・　　女 |
|  |
|  | 世帯主 | 氏　名 |  | 被保険者との続柄 |  |
|  | 生 年 月 日 | 　　　　年　　月　　日 |  |
| 性　　別 | 男　　・　　女 |
|  |
|  | 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 |  |
| 入所年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |