

別記様式2（第3条関係）

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

剣淵町長 様

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○を付ける。  
 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
届出者氏名		被保険者との関係	
届出者住所	〒 <span style="float:right">電話番号</span>		

※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	年 月 日
		性別	男 ・ 女

世帯主	氏名	世帯主との続柄	
		生年月日	年 月 日
		性別	男 ・ 女

異動前情報	従前の住所	〒 <span style="float:right">電話番号</span>
	※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	〒 <span style="float:right">電話番号</span>
	※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

担当者記入

適用・変更・終了年月日	年 月 日
-------------	-------