第2号様式

**介護保険住所地特例適用・変更・終了届**

　(あて先)成田市長

　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〇をつける。

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　　　　　　(　　　　　) |

＊届出者が被保険者本人の場合は，届出人住所・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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯主 | 氏　　名 | 　 | 被保険者との続柄 | 　 |
|  |  | 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は，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は，以下も記入のこと。 |
| 施設 | 名　　　称 | 　 |
| 入所年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |