**様式第２**（第２条関係）

|  |
| --- |
| 介護保険住所地特例適用・変更・終了届　（宛先）津島市長　　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丸を付ける在宅→施設：適用　施設→施設：変更　施設→在宅：終了 |
|  |  |  | 届出年月日 |  |  |
|  | 届出人氏名 |  | 被保険者との関係 |  |  |
|  | 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 |  | 生年月日 |  |  |
|  | 氏名 |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 世　帯　主 | 氏名 |  | 被保険者との続柄 |  |  |  |
|  |  | 生年月日 |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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（居）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（居）年月日 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。