

様式第2号(第2条関係)

介護保険住所地特例適用・変更・終了届出書

(宛先)静岡市長

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。

		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		

(注) 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です。

被 保 険 者	被保険者 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		〒 電話番号									
	(注) 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(退居) 年 月 日	年 月 日									

異 動 後 情 報	現住所		〒 電話番号									
	(注) 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(入居) 年 月 日	年 月 日									