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

　伊勢崎市長　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 |
| 届出人氏名 | 　 | 本人との関係 | 　 |
| 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 |
| 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　　　　　　　　　　　 |
| ＊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 |