

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

阿蘇市長 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 | 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、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 | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | |