

第2号様式(第3条関係)

介護保険 住所地特例適用・変更・終了届

厚岸町長 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つける

住宅→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		

被 保 険 者	被保険者番号																		個人番号																
	フリガナ																	生年月日	明・大・昭	年	月	日													
	氏名																	性別	男	・	女														

世 帯 主	氏名	世帯主との続柄															
		生年月日	明・大・昭	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														