

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

揖斐広域連合長 様

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届け出します。

※上記(適用・変更・終了)より該当するものに○をつける 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	〒 ー 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	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 ー 電話番号		

世 帯 主	個人番号		被保険者 との続柄	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	氏名			性別	男 ・ 女

異 動 前 住 所	従前の住所	〒 ー 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 住 所	現住所	〒 ー 電話番号 ()			
	※異動後住所が施設の場合、以下も記入のこと				
	施設	名称			
	入所年月日	年 月 日			

処理状況

受付窓口	<input type="checkbox"/> 揖斐川 <input type="checkbox"/> 大野 <input type="checkbox"/> 池田 <input type="checkbox"/> 広域	受付年月日	年 月 日
添付書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 ()		
備考		処理日	年 月 日