|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険　住所地特例　　適用・変更・終了　届小国町長　　仁　科　洋　一 　殿　次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届出ます。　　　　　　　　　　　　　　＊上記（適用・変更・終了）より該当するものに丸をつける。　　　　　　　　　　　　　　　　在宅→施設：適用　　施設→施設：変更　　施設→在宅：終了

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 届出年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 届出人氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）氏名を自署してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | 令和　　　年　　　月　　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 異動後情報 | 現　住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| * 異動後届出地が施設の場合、以下も記入のこと
 |
| 施設 | 名　　　称 |  |
| 入所年月日 | 令和　　　年　　　月　　　　日 |

 |

様式第２号