様式第２号（第３条関係）

介護保険　住所地特例適用・変更・終了届

ひたちなか市長　　様

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）の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	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		生年月日		
	氏名		世帯主との続柄		

世帯主	個人番号			
	氏名		生年月日	

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(居)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(居)年月日	