

様式第2号(第8条関係)

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

中新川広域行政事務組合 管理者 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。

		届出年月日	年 月 日
届出者氏名	㊦	被保険者との関係	
届出者住所	〒 電話番号 ()		

※届出者が被保険者本人の場合は、届出者住所欄の記載は、不要です。

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

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

いままでの住所	〒 電話番号 ()
---------	------------

※いままでの住所が施設の場合は、次の欄も記入してください。

施 設	名称	
	退所年月日	年 月 日

これからの住所	〒 電話番号 ()
---------	------------

※これからの住所が施設の場合は、次の欄も記入してください。

施 設	名称	
	入所年月日	年 月 日

添付書類 被保険者証