

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

鳩山町長 宛て

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 |           | 本人との関係 |       |
| 届出者住所 | 〒<br>電話番号 |        |       |

|                  |         |   |      |       |
|------------------|---------|---|------|-------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号  |   | 個人番号 |       |
|                  | フリガナ    |   | 生年月日 | 年 月 日 |
|                  | 氏 名     |   |      |       |
|                  | いままでの住所 | 〒 |      |       |
|                  | これからの住所 | 〒 |      |       |

|   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| 施 | 名 称       |           |
|   | 所 在 地     | 〒<br>電話番号 |
| 設 | 入 所 年 月 日 | 年 月 日     |
|   | 退 所 年 月 日 | 年 月 日     |

変更の届出の場合は、変更後の施設について記入してください。

担当者記入

|             |       |
|-------------|-------|
| 適用・変更・終了年月日 | 年 月 日 |
|-------------|-------|