

様式第2 (第7条関係)

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

知立市長 様

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届け出ます。

\*上記（適用・変更・終了）の該当するものに○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	〒 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										性別	生年月日
	フリガナ										男・女	年 月 日
	氏名										男・女	年 月 日

世 帯 主	氏名		世帯主との続柄	性別	生年月日
				男・女	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	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	年	月	日	