

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

届出人氏名		届出年月日	年 月 日
		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	_____	個 人 番 号	
	フリガナ	_____		
	氏 名	_____	生年月日	年 月 日
			性 別	男 ・ 女

世帯主	氏 名	_____	世帯主との続柄	
			生年月日	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 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 名 称	_____		
	入所(居)年月日	年 月 日		