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

　遠野市長　　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。

|  |  |
| --- | --- |
| 上記該当に○を付ける。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 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※届出者が被保険者本人の場合は、届出人住所及び電話番号の記入は、不要です。 |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 性別 | 男・女 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 世帯主氏名 |  | 世帯主との続柄 | 世帯主性別 | 男・女 |
|  | 世帯主生年月日 | 　　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は、次の事項についても記入してください。 |
| 施設 | 名称 |  |  |
| 退所年月日 | 年　　　月　　　日 |
|  |
| 異動後情報 | 現住所 | 〒電話番号 |
| ※異動後住所が施設の場合は、次の事項についても記入してください。 |
| 施設 | 名称 |  |
| 入所年月日 | 年　　　月　　　日 |