

第2号様式（第3条第3項）

介護保険 住所地特例適用・変更・終了届

美幌町長 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。

		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		

被 保 険 者	被保険者番号									
	フリガナ									
	氏 名		生年月日	明・大・昭		年	月	日		
			性 別	男 ・ 女						

世 帯 主	氏 名		世帯主 の続柄					
			生年月日	明・大・昭		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 設	名 称			
	退所年月日	令和	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			
	入所年月日	令和	年	月	日