様式第2号(第14条関係)

|  |
| --- |
| 介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届　　四国中央市長　　　　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。 |
| 　 | 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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　月　日 |
| 氏名 | 　 |
| 　 |
| 　 | 世帯主 | 氏名 | 　 | 世帯主との続柄 | 　 |
| 　 | 生年月日 | 年　月　日 | 　 |
| 　 |
| 　 | 異動前 | 旧住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 | 　 |
|
| 旧住所が施設の場合は、名称、退所年月日も記入すること。 |
| 施設 | 名称 | 　 |
| 退所年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 　 |
| 　 | 異動後 | 現住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 | 　 |
|
| 現住所が施設の場合は、名称、入所年月日も記入すること。 |
| 施設 | 名称 | 　 |
| 入所年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 　 |