様式第２号

介護保険　住所地特例　適用・変更・終了届

八幡浜市長　　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)より該当するものに丸をつける
在宅→施設：適用　　施設→施設：変更　施設→在宅：終了

令和　　年　　月　　日

届出人	氏　名		本人との関係	
	住　所	〒　　－ 電話番号(　　)　　－		

※　被保険者本人による届出の場合、届出人住所・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号		生年月日	年　　月　　日
	個人番号			
	フリガナ			
	氏　　名		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			
	施設退所年月日	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、以下も記入のこと。			
	施設名称			
	施設入所年月日	年　　月　　日		