

第2号様式（第5条関係）

介護保険 住所地特例適用・変更・終了届

志木市長 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。

※ 在宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→在宅：終了

		届出年月日	平成 年 月 日
届出人氏名		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。

		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号
	氏名		生年月日 明・大・昭 年 月 日
	住所	〒 電話番号 ()	

世 帯 主	氏名		生年月日 明・大・昭 年 月 日

異 動 前 情 報	住所	〒 電話番号 ()		
	※異動前住所が施設の場合、以下も記入してください。			
	施設	名称		
		退所年月日	平成 年 月 日	

異 動 後 情 報	住所	〒 電話番号 ()		
	※異動後居住地が施設の場合、以下も記入してください。			
	施設	名称		
		入所年月日	平成 年 月 日	

処 理 欄	受付	発行	確認