

別記様式第2号（第3条関係）

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

小平市長 殿

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

住宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→住宅：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			

*届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要です。

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	被保険者との続柄			
		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、以下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	年	月	日														