

様式第2号

介護保険 住所地特例適用・変更・終了届

(あて先)前橋市長

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)の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

		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

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 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(居)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、以下も記入のこと。		
	施設	名 称	
	入所(居)年月日	年 月 日	

申請者確認	個人番号確認	回収	受付
写付1 免・個力・介専・() 写無2 保・()	個力・通力・住票・ 市・()	被保証・割合・負担限度	/