様式第 2

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

瀬 戸 内 町 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。

届出年月日	令和 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、届出人住所欄は記載不要

被保険者	被保険者番号	5	2	5	0	0						
	フリガナ											
	氏 名										生年月日	明・大・昭 年 月 日
											性 別	男 ・ 女

世帯主	氏 名		世帯主との続柄	
				生年月日 明・大・昭 年 月 日
				性 別 男 ・ 女

異動前情報	従前の住 所	〒 電話番号	
	施 設	名 称	
		退所年月日	令和 年 月 日

※異動前住所が施設の場合、施設欄も記入のこと

異動後情報	現住所	〒 電話番号	
	施 設	名 称	
		入所年月日	令和 年 月 日

※異動後の住所が施設の場合、施設欄も記入のこと

記入・提出上の注意

- 該当する表題を〇で選択する。
- 異動前情報は従前の住所を記載し、異動後住所は変更後の現住所を記載する。
- 転出日から14日以内に転出届とともに転出した市町村へ提出する。