様式第2号(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届  　　綾部市長　　　　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○をつける  住宅→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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者 | 被保険者番号 | | | | | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | | | | |
| フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 個人番号 |  | |  |
| 氏名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　月　日 | |  |
| 性別 | 男・女 | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 世帯主 | | 氏名 | | |  | | | | | | | | | 世帯主との続柄 | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | 生年月日 | 年　月　日 | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |