

第2号様式(第6条関係)

介護保険住所地特例(適用・変更・終了)届

(宛先)

上尾市長

次のとおり介護保険住所地特例(適用・変更・終了)について届け出ます。

※太枠内を記入ください。

		届出年月日	年	月	日
届出人氏名		被保険者との関係			
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	介護被保険者番号		個人番号			
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		性別	男・女	世帯主との続柄	

世帯主氏名		生年月日	年	月	日	性別	男・女
-------	--	------	---	---	---	----	-----

※世帯主が被保険者本人の場合は記載不要

異 動 前 情 報	従前の住所	〒				
	電話番号 - -					
	※異動前住所が介護保険施設の場合、以下も記入のこと					
施 設	名称					
	退所年月日	年	月	日		
異 動 後 情 報	現住所	〒				
	電話番号 - -					
	※異動後住所が介護保険施設の場合、以下も記入のこと					
施 設	名称					
	入所・退所年月日(いずれか○)	年	月	日	死亡で退所の場合、死亡日 年 月 日	

処 理 欄	受 付	施 設	住 特	喪 失	国 保/ 後 期	確 認 ①	確 認 ②