**様式第２号**

|  |
| --- |
| **介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届****能代市長　　　　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。****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** |  |  |
| **氏名** |  | **生年月日** | **明・大・昭　年　月　日** |  |
| **性別** | **男・女** |
|  |
|  | **世帯主** | **氏名** |  | **被保険者との続柄** |  |
|  | **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** |  |
| **＊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** |  |
| **入所年月日** | **年　　　月　　　日** |
|  |