第２号様式（第４条関係）

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

（宛先）港区長

年　　月　　日

次のとおり住所地特例（□　適用：在宅→施設　□　変更：施設→施設　□　終了：施設→在宅）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チェックをつけてください。

		適用・変更・終了年月日	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です。

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名		性　　別	男　・　女
			個人番号	

世帯主	フリガナ		世帯主との続柄	生年月日	年　　月　　日
	氏　　名			性　　別	男　・　女
				個人番号	

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は、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は、以下も記入してください。			
	施設	名　　称		
		入所年月日	年　　月　　日	種　　類

港区使用欄　連絡票受理日　市町村(　　)・施設(　　)　宛名番号