第２号様式（第３条関係）

適 用

介護保険住所地特例 変 更　届

終 了介護保険住所地特例適用変更終了届

令和　　　年　　月　　日

　　　いわき市長　様

　注意　□のある欄は、該当する箇所に***レ***印を付けてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | 氏名 |  | | | | | 被保険者との関係 | |  | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 届出区分 | □適用　　　□変更　　　□終了 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | 生年月日 | | 年　月　日 | | | | |
| 氏名  (個人番号) | (　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 現住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 入所施設 の名称 |  | | | | | 施設入所年月日 | | 年　月　日 | | | | |
| 世帯主 | 氏名  (個人番号) | (　　　　　　　　　　　) | | | | | 生年月日 | | 年　月　日 | | | | |
| 被保険者 との続柄 |  | | | | |
| 従前の 住所等 | 従前の 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 施設の 名称 |  | | | | | 施設退所年月日 | | 年　月　日 | | | | |