

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

年 月 日

（宛先）さいたま市長

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。

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

被保険者以外の方が届出をする場合のみ記入してください。

代 理 人	フリガナ		被保険者との関係															
	氏 名		連絡先	( )														
	住 所																	

異 動 後 情 報	新住所																	
	施設名称																	
	連絡先	( )	施設入所日	年 月 日														
	世 帯 主	氏名		性 別	男 ・ 女													
		生年月日	年 月 日	世帯主との続柄														

異 動 前 情 報	旧住所																	
	今までの住所が施設の場合は、以下も記入してください。																	
	施設名称																	
	連絡先	( )	施設退所日	年 月 日														
	退所事由																	