

様式第2号（第12条関係）

### 介護保険住所地特例適用・変更・終了届

別府市長 あて

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  
 住宅→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

被保険者	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																			個人番号																		
	生年月日	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																

課長	係長	入力	施設確認	受付