

別紙様式 1

社会福祉施設入所者住所主義特例（法第 1 1 6 条の 2 関係）
 による国民健康保険資格取得・喪失届

資格取得	新世帯主	氏名		生年月日	・	・	
		記号番号		性別	男	・	女
	住所						
	〔施設入所者〕	施設名					
		法第 1 1 6 条の 2 適用年月日		年	月	日	
届	旧世帯主	住所	平戸市	町	番地		
		氏名		記号番号			

資格喪失届	氏名		生年月日	・	・	
	住所		性別	男	・	女
	喪失事由	措置解除 ・ 他保適用 ・ 施設変更		記号番号		
	法第 1 1 6 条の 2 が適用されなくなった年月日		令和	年	月	日

上記のとおり届け出いたします。

令和 年 月 日

新世帯主 住所
 (施設入所者) 氏名

旧世帯主 住所 平戸市 町 番地
 氏名

届出人 住所
 氏名

世帯主との関係

平戸市長様

(個人情報の取扱いについて)

※この申請書により収集した個人情報は、当該事務のみに利用するものとし、それ以外の目的に利用しません。