

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

(届出先)

年 月 日

横浜市

区長

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。

* 該当するものに○をつけてください。(在宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→在宅：終了)

届出人氏名		本人との関係	
届出人住所			
	TEL		

*届出人が被保険者本人の場合、届出人住所及び電話番号は、記載不要

被 保 険 者 (異 動 す る 方)	被保険者番号		個人番号 (マイナンバー)	
	フリガナ			
	被保険者氏名			
	生年月日	明・大・昭	年	月
異 動 前 情 報	従前の住所	〒	世帯主	明・大・昭 (年 月 日)
			続柄	
		TEL		
	* 異動前の住所が施設の場合、次の欄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	〒	世帯主	明・大・昭 (年 月 日)
			続柄	
		TEL		
	* 異動後の住所が施設の場合、次の欄も記入してください。			
	施設名称		入所年月日	年 月 日