

介護保険 住所地特例 **適用・変更・終了** 届

(届出先)

横浜市

区長

年 月 日

*を参考にして該当する事由を選択してください

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	横浜 花子	本人との関係	妻
届出人住所	横浜市 区 45番地の6	届出人の情報をご記入ください。 届出人が被保険者本人の場合は記入不要です	
		TEL 045-111-111	

*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	ヨコハマ タロウ		
	被保険者氏名	横浜 太郎		
	生年月日	明・大・昭 10年 1月 1日		

被保険者の情報をご記入ください。
被保険者番号、個人番号が不明な場合は空欄にしてください。

異動前情報	従前の住所	〒231-0005 横浜市 区 45番地の6	世帯主	横浜 太郎 明・大・昭 (10年 1月 1日)
			続柄	本人
		TEL 045-111-111		
	*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	〒111-1111 東京都 区 1-1	世帯主	横浜 太郎 明・大・昭 (10年 1月 1日)
			続柄	本人
		TEL 03-1111-1111		
	*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	介護老人保健施設○×	入所年月日	令和4年 7月 1日
------	------------	-------	------------