

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<br>保<br>険<br>者<br>(異<br>動<br>す<br>る<br>方) | 被保険者番号                      |             | 個人番号<br>(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 日 |                                   |                   |  |
| 異<br>動<br>前<br>情<br>報                       | 従前の住所                       | 〒           | 世帯主                               | 明・大・昭<br>( 年 月 日) |  |
|                                             |                             |             |                                   |                   |  |
|                                             |                             |             |                                   |                   |  |
|                                             |                             | TEL         | 続柄                                |                   |  |
|                                             | *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<br>動<br>後<br>情<br>報                       | 現住所                         | 〒           | 世帯主                               | 明・大・昭<br>( 年 月 日) |  |
|                                             |                             |             |                                   |                   |  |
|                                             |                             |             |                                   |                   |  |
|                                             |                             | TEL         | 続柄                                |                   |  |
|                                             |                             | 他の世帯員の有無・氏名 | 無<br>・<br>有<br>(氏名<br>続柄<br>生年月日) |                   |  |
|                                             | *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       |                                   |                   |  |