

## 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	日	性別	男・女
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	