

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了届

記入例 : 終了 (住所地特例施設から居宅へ転出、または本人死亡の場合)

船橋市長あて  
(資格保険料係)

■■年■■月■■日

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。

※ 上記(適用・変更・終了)の該当するものに○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	フリガナ	かぜさやか	被保険者との関係
	氏名	風 さやか	施設職員
	住所	※ 被保険者本人が届け出する場合には、記入不要です。 △△市×××1-1-1 電話番号 047 ( 000 ) 0000	

被 保 険 者	フリガナ	フナバシ ハナコ	
	氏名	船橋 花子	
	生年月日	明治・大正・ <b>昭和</b> 11年 2月 20日 生	
	住所	△△市×××1-1-1 電話番号 090 ( 1234 ) 5678	
	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	個人番号		

※個人番号を記入する場合、番号確認書類と身元確認書類の提示が必要です。

世 帯 主	フリガナ	フナバシ ハナコ	被保険者との関係
	氏名	船橋 花子	本人
	生年月日	明治・大正・ <b>昭和</b> 11年 2月 20日 生	
	個人番号		

※個人番号を記入する場合、番号確認書類と身元確認書類の提示が必要です。

異 動 前 情 報	従前の住所	△△市×××1-1-1 電話番号 047 ( 000 ) 0000	
	※ 異動前住所が施設の場合、以下も記入してください。		
	施設の名称	〇〇〇ホーム	
	退所(居)年月日	◎◎年 ◎◎月 ◎◎日	

異 動 後 情 報	現住所	△△市×××5-5-5 電話番号 090 ( 1234 ) 5678	
	※ 異動後居住地が施設の場合、以下も記入してください。		
	施設の名称		
	入所(居)年月日	年 月 日	