

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・ 昭和	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・ 昭和	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						