

記入例

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

小平市長 殿

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）より該当するもの
住宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設

マイナンバーを記入しない場合でも申請できますが、記入する場合は「マイナンバー確認書類原本（マイナンバーカード、通知カードなど）」と「被保険者本人の身元確認書類原本（運転免許証、医療被保険者証など）」を提示してください（郵送の場合はコピー添付）。

届出人氏名	小平 〇〇	届出年月日	
届出人住所	〒	届出人との関係	

届出人が本人の場合は記入不要

*届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要です。

被 保 険 者	被保険者番号	1	3	0	0	9	8	7	6	5	4	個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	フリガナ	コダイラ マルマル																						
	氏名	小平 〇〇											生年月日		昭和△年 ×月 □日									

世 帯 主	氏名	小平 〇〇											被保険者との続柄		本人										
													生年月日		昭和△年 ×月 □日										

異 動 前 情 報	従前の住所	〒187-XXXX 小平市XX町□-▷▷▷▷											電話番号 042-346-□□□□											
	*異動前住所が施設の場合、以下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	〒XXXX-XXXX 〇〇県□□市XX町△-△-□ 〇〇ホーム											電話番号 042-△△△-0000											
	*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	名称	〇〇ホーム																					
入所年月日		令和〇年 ×月 △日																						