

第3号様式

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

年 月 日

(届出先)

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。

* 該当するものに丸をつけてください〔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	被保険者番号				
	フリガナ	-----		続柄	
	被保険者氏名			性別	
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男・女
世 帯 主	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	〒----- 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	〒----- Tel		
異動後情報	* 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			