2号様式(第69条関係)

介護保険　住所地特例　適用・変更・終了届

新宿区長　　あて

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)の中で該当するものに〇をつけてください。

適用；在宅→施設　　変更；施設→施設　　終了；施設→在宅

届出年月日	年　　月　　日		
届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 電話番号　（　　）		

届出人が被保険者本人の場合には、届出人住所・電話番号の記載は不要です。

個人番号												
被保険者番号												

被保険者	フリガナ		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	氏名			

世帯主	氏名		世帯主との続柄	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日

異動前情報	従前の住所	〒 電話番号　（　　）	
	＊異動前住所が施設の場合には、以下も記入すること。		
	施設	名称	
		退所年月日	年　　月　　日

異動後情報	現住所	〒 電話番号　（　　）	
	＊異動後居住地が施設の場合には、以下も記入すること。		
	施設	名称	
		入所年月日	年　　月　　日

次の事務にレ印を付けた場合、併せて申請したこととします。

国民健康保険住所地特例届　□

国民健康保険記号番号	６５－
新記番	
転出日	年　　月　　日
税情報	無・有（税務課・税照会・申告書）

収受印

事務処理欄	身元確認書類（届出人） 1点　免許証　　個人Noカード　　旅券 身障手帳等　（　　） 2点　有効期限内の保険証　　資格確認書 納入通知書等　（　　）	個人番号確認書類(被保険者) 個人Noカード　通知カード 転出証明書　住民票 住民票記載事項証明書等