

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○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、併せて申請したものとします。

国民健康保険住所地特例届

収 受 印

国民健康保険記号番号	04-
新記番	
転出日	年 月 日
税情報	無・有(税務課・税照会・申告書)

事務処理欄	身元確認書類(届出人)	個人番号確認書類(被保険者)
	1点 免許証 個人Noカード 旅券 身障手帳等 ( ) 2点 保険証(介後国他) 納入通知書 ( )	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