

## 介護保険 住所地特例適用（開始・終了）届

横手市長 あて

開始  
終了

次のとおり住所地特例適用 について届け出ます。

届出年月日	令和	年	月	日						
届 出 人	氏 名							被 保 険 者 との関係		
	住 所	〒 -						電 話 番 号 ( ) -		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者欄の住所・郵便番号・電話番号の記載は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号								
	フリガナ								
	氏 名								
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性 別	男 ・ 女		

世 帯 主	氏 名							世 帯 主 との続柄		
	生年月日	大・昭・平	年	月	日	性 別	男 ・ 女			

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、以下も記入してください。									
	施 設	名 称								
	退 所 年月日	令和	年	月	日					

異 動 後 情 報	現住所	〒 -						電 話 番 号 ( ) -		
	※ 異動後住所が施設の場合、以下も記入してください。									
	施 設	名 称								
	入 所 年月日	令和	年	月	日					

横手市 記入欄	備 考	処理者印	《窓口受付印》
------------	-----	------	---------

※開始とは（在宅⇒施設または施設⇒施設）、終了とは（施設⇒在宅）です。