

介護保険

住所地特例 手続き用 窓口または郵送提出

〒285-8501 佐倉市海隣寺町 97

佐倉市の被保険者 → 佐倉市 介護保険課 介護資格保険料班

問合せ：直通 **043-484-6187**

※ 要介護・要支援認定の有無や1号・2号に関わらず佐倉市の被保険者が市外の施設に入退所（居）した場合提出

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

（宛先）佐倉市長

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届出します。

届出人	氏名		申請年月日	年	月	日
	住所	〒	被保険者からみた関係			
		電話（ ）				

※ 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

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男・女

世帯主	氏名	世帯主からみた続柄	生年月日	明・大・昭 年 月 日
			性別	男・女

異動前	従前の住所	〒			
	電話（ ）				
	※ 異動前住所が施設の場合、以下も記入				
施設	名称				
	退所(居)年月日	年	月	日	退所(居)理由

異動後	現住所	〒			
	電話（ ）				
	※ 異動後住所が施設の場合、以下も記入				
施設	名称				
	入所(居)年月日	年	月	日	