

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

記入例

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。

		申請年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
届出人	氏名	佐倉 一郎	被保険者からみた関係 子
	住所	〒285-〇〇〇〇 佐倉市〇〇〇町〇〇番地 電話 043-484-〇〇〇〇	

※ 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	0 0 0 0 9 8 7 6 5 4	個人番号																		
	フリガナ	サクラ タロウ																			
	氏名	佐倉 太郎		生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日																

世帯主	氏名	佐倉 太郎	世帯主からみた続柄	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
			本人		

異動前	従前の住所		〒285-〇〇〇〇 佐倉市〇〇〇町〇〇番地 電話 043-484-〇〇〇〇														
	※ 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		〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇〇〇丁目〇〇番地〇〇 電話03-〇〇〇〇-〇〇〇〇														
	※ 異動後住所が施設の場合、以下も記入																
	施設	名称	特別養護老人ホーム 〇〇〇〇苑														
入所(居)年月日		〇〇年〇〇月〇〇日															