

介護保険住所地特例 **適用**・変更・終了 届

会津若松市長

住所地特例 **（適用）**・変更・終了）について 次のとおり

該当する部分に
○をつけてください。

被保険者との続柄を
ご記入ください。

窓口に来られる方の氏名を
ご記入ください。

届出人氏名	真田 次郎	申請年月日	令和元 年 5 月 1 日
本人との関係	次男	届出人住所	〒 965-8601 会津若松市東栄町3番46号
		被保険者ご本人が申請する場合は 記入不要です。	
		番号が分からない場合は記入不要です。 号 (0242) 39 - 1111	

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
	フリガナ	サダ マルキ		生年月日	大正 12 年 6 月 4 日
	氏 名	真田 丸幸		性 別	男 ・ 女

異動後の状態を
ご記入ください。

世 帯 主	氏 名	真田 丸幸	世帯主との続柄	本人
	生年月日	大正 12 年 6 月 4 日	性 別	男 ・ 女

異 動 前 情 報	従前の住所	〒 965-8601 会津若松市東栄町3番46号 電話番号 (0242) 39 - 1111	
	※異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと		
	施設	名称	退所年月日

異動前住所が施設の場合は
ご記入ください。

異 動 後 情 報	現住所	〒 ●●●-●●●● ○○○県○○○市○○○町○○番○○号 電話番号 (●●●) ●●● - ●●●●
	※異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと	
	施設	名称

異動後住所が施設の場合は
ご記入ください。

令和元 年 **5** 月 **1** 日

ご記入後、
申請書と必要書類をもって
窓口にお越しください。