

平素は、本市福祉行政にご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、介護保険住所地特例 適用・変更・終了 書を送付いたします。下記の記入例を参考に必要事項をご記入いただき、同封の封筒にて介護保険課まで返送してください。(切手を貼ってください。)

ご不明な点がございましたら、介護保険課 資格担当(0797-77-2069)までお問い合わせください。

【記入例】

介護保険住所地特例 適用・変更・終了 届

宝塚市長 宛

下記の通り、住所地特例 適用・変更・終了 について届け出ます。

		個人番号	
届出日	令和 年 月 日		
フリガナ		被保険者番号	被保険者本人の氏名等をご記入ください。
被保険者氏名			
生年月日	大・昭 年 月 日	電話番号	
被保険者異動前住所			お引越前の住所等をご記入ください。
※異動前住所が施設の場合のみ記入してください。			
施設名称		退所年月日	令和 年 月 日

■異動後情報

現住所		お引越後の住所等をご記入ください。	
※異動後住所が施設の場合のみ記入してください。			
施設名称		入所年月日	令和 年 月 日

※届出者が被保険者本人以外の場合のみ、記入してください。

届出者氏名		本人との関係	
届出者住所 被保険者と 同住所の場合 記入不要	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	電話番号	申請書を記入される方の氏名等をご記入ください。