

町田市長様

次のとおり住所地特例 **(適用)** 変更・終了) について届出ます。

※上記 (適用・変更・終了) に該当するものに○をつけて下さい。  
 在宅→施設：適用    施設→施設：変更    施設→在宅：終了

届出人氏名		届出年月日	
介護 花子		××年×月×日	
届出人住所		被保険者との関係	
〒000-0000 町田市〇〇町〇丁目〇番〇号		妻	
		電話 000-000-0000	

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	1	2	3
	フリガナ	カイゴ タロウ										生年月日	
	氏名	介護 太郎										明・大・昭 ××年××月××日 性別 男・女	

個人番号 (マイナンバー) 12桁をご記入ください。  
 ※記入が困難な場合は、市で確認いたします

世 帯 主	氏名	介護 太郎		世帯主との続柄	生年月日
				本人	明・大・昭 ××年××月××日
					性別 男・女

異 動 前 情 報	従前の住所	〒000-0000 町田市〇〇町〇丁目〇番〇号		電話	000-000-0000
	* 異動前住所が施設の場合、以下も記入して下さい				
	施設	名称	年 月 日		

異動する前のご住所等をご記入ください。

異 動 後 情 報	現住所	〒△△△-△△△△ 町田市△△町△丁目△番△号		電話	△△△-△△△-△△△△
	* 異動後居住地が施設の場合、以下も記入して下さい				
	施設	名称	特別養護老人ホーム 〇〇〇		
	入所年月日	××年 ××月 ××日			

異動した後のご住所等をご記入ください。

