

(表) 介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

平成 年 月 日

(宛先)五戸町長

施設種類番号(裏面参照) _____

施設名

管理者 ㊞

次の者が下記の施設 に入所 しましたので、連絡します。
を退所

入所・退所年月日	平成 年 月 日
----------	----------

被 保 険 者	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
			性別	男 ・ 女
	現住所	〒		
	退所後住所 ※死亡退所の場合 は記載不要	〒		
	退所理由	1 他施設入所 2 死亡 3 その他		

施 設	名称	
	電話番号	
	所在地	〒

【本人確認欄】 ※死亡退所の場合は記載不要

上記のとおり、適用除外施設 に入所 したことを届け出ます。
を退所

平成 年 月 日 本人署名 _____ ㊞

(裏) 施設種類

- ①重症心身障害児施設（児童福祉法第43条の4）
- ②重症心身障害児施設（児童福祉法第7条第6項）厚生労働大臣が指定する医療機関（当該指定に係る治療等を行う病床に入院する場合に限る。）
- ③国立重度知的障害者総合施設（独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法第11条第1号）
- ④ハンセン病療養所（ハンセン病問題の解決の促進に関する法律第2条第2項、同法第7条又は第9条に規定する療養を行う部分に限る。）
- ⑤救護施設（生活保護法第38条第1項第1号）
- ⑥労災特別介護施設（労働者災害補償保険法第29条第1項第2号）
- ⑦障害者支援施設（知的障害者福祉法第16条第1項第2号）
- ⑧障害者支援施設（障害者自立支援法第19条第1項）生活介護及び施設入所支援に係るものに限る。
- ⑨障害者支援施設（障害者自立支援法第29条第1項の指定障害福祉サービス事業者であつて、障害者自立支援法施行規則第2条の3に規定する施設）療養介護を行うものに限る。