

介護保険 適用除外施設 入所・退所連絡票

平成 年 月 日

(宛先) 千早赤阪村長

施設及び対象者種別(裏面参照)

施設名

管理者

印

次の者が下記の施設に 入所
を 退所 しましたので、連絡します。

| | |
|----------|----------|
| 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 |
| 被 保 険 者 | 入所前住所 | 〒 | |
| | 退所後住所 | 〒 | |
| | ※1 退所理由 | 1 他施設入所 2 死亡 3 その他 | |

※1 死亡退所の場合は記載不要

| | | |
|--------|------|---|
| 施 設 | 名 称 | |
| | 電話番号 | |
| | 所在地 | 〒 |

介護保険適用除外施設入所証明書を添付してください。

【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
を 退所 したことを届け出ます。

平成 年 月 日

本人署名

印

適用除外 施設及び対象者種別 ※ 表面に該当番号を記入してください。

介護保険法施行規則第 170 条第 1 項

- 1 障害者総合支援法第 19 条第 1 項の規定により支給決定（生活介護及び施設入所支援に係るものに限る。）を受けて同法第 29 条第 1 項に規定する指定障害者支援施設に入所している身体障害者
- 2 身体障害者福祉法第 18 条第 2 項の規定により障害者総合支援法第 5 条第 11 項に規定する障害者支援施設（生活介護を行うものに限る。以下「障害者支援施設」という。）に入所している身体障害者

介護保険法施行規則第 170 条第 2 項

- 3 医療型障害児入所施設（児童福祉法第 42 条第 2 号）
- 4 児童福祉法第 6 条の 2 の 2 第 3 項の厚生労働大臣が指定する医療機関
- 5 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園が設置する施設
- 6 ハンセン病療養所
- 7 救護施設（生活保護法第 38 条第 1 項第 1 号）
- 8 労働者災害補償保険法第 29 条第 1 項第 2 号に規定する被災労働者の受ける介護の援護を図るために必要な事業に係る施設（同法に基づく年金たる保険給付を受給しており、かつ、居宅において介護を受けることが困難な者を入所させ、当該者に対し必要な介護を提供するものに限る。）
- 9 障害者支援施設（知的障害者福祉法第 16 条第 1 項第 2 号の規定により入所している知的障害者に係るものに限る。）
- 10 指定障害者支援施設（障害者総合支援法第 19 条第 1 項の規定による支給決定（生活介護及び施設入所支援に係るものに限る）を受けて入所している知的障害者及び精神障害者に係るものに限る。）
- 11 障害者総合支援法第 29 条第 1 項の指定障害福祉サービス事業者であって、障害者総合支援法施行規則第 2 条の 3 に規定する施設（同法第 5 条第 6 項に規定する療養介護を行うものに限る。）