

介護保険適用除外施設 入所・退所 連絡票

平成 年 月 日

富津市長 様

施設種別
(下記参照)

施設名 印

に
入所
次の者が下記の施設 ・ 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 |
|----------|----------|

| | | | |
|-------------|-----------------------------|------|-------------|
| フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| 氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 入所前住所 | 〒 | | |
| 退所後住所 ※① | 〒 | | |
| 退所理由 | 1 転出 2 他の施設入所 3 死亡 4 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】

- 1 障害者自立支援法第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。）
- 2 重症心身障害児施設（児童福祉法第43条の4）
- 3 児童福祉法第7条第6項の厚生労働大臣が指定する医療機関
- 4 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に規定する福祉施設
- 5 ハンセン病療養所
- 6 生活保護法に定める救護施設（生活保護法38条1項）
- 7 労災特別介護施設（労働者災害補償保険法29条1項）
- 8 障害者自立支援法第29条第1項に規定する指定障害者支援施設（生活介護＋施設入所支援）
- 9 障害者自立支援法第5条第12項に規定する障害者支援施設（生活介護を行うもの）