

介護保険適用除外施設入退所情報連絡票

(40歳以上65歳未満 / 65歳以上)

提出日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
適用除外施設の名称	○○○園	施設の種類 (※下記参照)	⑧
適用除外施設の所在地	〒033-0000 三沢市○○町○丁目○-○		
電話番号	0176-00-0000	担当者	福祉 花子

フリガナ	ミサワ タロウ	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
対象者氏名	三沢 太郎	性別	男 ・ 女
住所	〒033-0000 三沢市○○町○丁目○-○		

入退所年月日	入所前及び退所後の情報		
<input checked="" type="checkbox"/> 入退 令和○年○月○日	他施設名() <input checked="" type="checkbox"/> 在宅 ・ 死亡退所 ・ その他()		

※ 下記より該当する番号を記入してください

- ① 児童福祉法に規定する医療型障害児入所施設
- ② 児童福祉法に規定する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限る)
- ③ 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の規定により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
- ④ 国立及び国立以外のハンセン病療養所
- ⑤ 生活保護法に規定する救護施設
- ⑥ 労働者災害補償保険法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)
- ⑦ 障害者支援施設(生活介護を行うものであって、身体障害者福祉法の規定により入所している身体障害者又は知的障害者福祉法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)
- ⑧ 障害者総合支援法に規定する指定障害者支援施設(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身体障害者、知的障害者及び精神障害者に係るものに限る)
- ⑨ 障害者総合支援法に規定する指定障害福祉サービス事業者である病院(療養介護を行うものに限る)