

介護保険「適用除外施設」入所・退所連絡票

年 月 日

(提 出 先)
足 立 区 長

次の者が当施設 に入所
・ しましたので、連絡します。
を退所

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

対 象 者	フリガナ		生 年 月 日	
	氏名		明・大・昭 年 月 日	
	入所前住所	〒		
	退所後住所 <small>(死亡の場合は記載不要)</small>	〒		
	退所理由	1 他の施設入所 2 在宅 3 長期入院 4 死亡 5 その他 ()		

施設名称

電話番号

所在地

●下記の適用除外施設の中から該当する施設に○を付けてください。

1. 指定障害者支援施設（生活介護及び施設入所支援）
2. 障害者支援施設（生活介護）
3. 児童福祉法に規定する医療型障害児入所施設
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. のぞみの園が設置する施設
6. 国立及び国立以外のハンセン病療養所
7. 生活保護法に規定する救護施設
8. 労働者災害補償保険法に規定する労働者災害特別介護施設
9. 障害者支援施設（知的）
10. 指定障害者支援施設（知的・精神）
11. 障害者総合支援法施行規則に規定する施設（療養介護）