

# 介護保険施設「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
----------	-------

被 保 険 者	フリガナ			
	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
			性 別	男 ・ 女
	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. 身体障害者福祉法（第30条）身体障害者療護施設          | 1. 児童福祉法に規定する厚生大臣が指定する医療機関 |
| 2. 障害自立支援法に規定する障害者支援施設（生活介護+施設入所支援） | 6. 生活保護法に規定する救護施設          |
| 3. 児童福祉法に規定する重症心身障害児施設              | 8. 労災特別介護施設                |
| 5. のぞみの園法に規定する福祉施設                  |                            |
| 7. 国立及び国立以外のハンセン病療養所                |                            |

\* 足立区記入欄

住民記録	資 格	住所地特例