

介護保険 適用除外施設 入所・退所連絡票

令和 年 月 日

(宛先) 茨木市長

施設及び対象者種別(裏面参照)

施設名

管理者

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	令和 年 月 日
----------	----------

被 保 険 者	被保険者番号				
	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 ※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です。

施 設 名	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です。

上記のとおり、適用除外施設に に 入所
を 退所 したことを届け出ます。

令和 年 月 日 本人署名

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

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 国立ハンセン病療養所
- 7 救護施設(生活保護法第38条第1項第1号)
- 8 被災労働者の介護の援護を行う施設（労働者災害補償保険法第29条第1項第2号）
- 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。)