

介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

芦屋市長 あて

施設名

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	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0							
	フリガナ								
	氏 名							生年月日	明・大・昭 年 月 日
	入所前住所	〒							
	退所後住所 *1	〒							
	退所理由	1 他の施設へ入所（施設名称：） 2 死亡 3 その他（）							

*1 死亡退所の場合は記載不要

施 設	名 称										
	所在地	〒									
	電話番号										
	種類	1 指定障害者支援施設（生活介護及び施設入所支援）（身体障害者） 2 障害者支援施設（生活介護）（身体障害者） 3 児童福祉法（42 条 2 号）の医療型障害児入所施設 4 児童福祉法（7 条 2 項）の指定医療機関（医療型児童発達支援の指定病床） 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法（11 条 1 号）の施設 6 国立ハンセン病療養所等 7 生活保護法の救護施設 8 労働者災害補償保険法の被災労働者の介護の援護を行う施設 9 障害者支援施設（知的障害者） 10 指定障害者支援施設（生活介護及び施設入所支援）（知的障害者・精神障害者） 11 障害者総合支援法（5 条 6 項）の療養介護を行う病院									

※種類 1・2 は介護保険法施行規則第 170 条第 1 項、3～11 は同規則同条第 2 項に記載

【芦屋市使用欄】

係長	係	係