

介護保険 適用除外施設 入所・退所届

令和 年 月 日

芦屋市長 あて

に入所（入院）
次のとおり適用除外施設 しましたので届け出ます。
を退所（退院）

入所（入院）・退所（退院）年月日	年 月 日
------------------	-------

被 保 険 者	被保険者番号	○ ○ ○ ○										
	フリガナ										生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日
	氏 名											
	入所（入院）前住所 または 退所（退院）後住所 ※1	〒										
	電話番号											

※1 入所（入院）する方は入所前住所を、退所する方は退所（退院）後住所をご記入ください。
また、死亡による退所（退院）の場合は記載不要です。

施 設	名 称										
	所在地	〒									

退 所 の 場 合 （ 退 院 ）	退所（退院）理由 （該当するものに○）	1 他の施設等への入所・入院（施設名称： ） 2 死亡 3 その他（ ）								
---	------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

届 出 人	氏名								本人との関係			
	住所	〒										
	電話番号											

＜添付書類＞施設が発行する入所・退所連絡票（様式任意）を添付してください。

【芦屋市使用欄】

※入所の場合 支給決定状況等	☐ 障害者総合支援法 （施設入所支援 / 生活介護 / 療養介護）
	☐ その他（ ）
施設からの連絡票	☐ あり
システム入力	☐ 済

決裁欄		
係長	係	係