介護保険適用除外施設　入所・退所　連絡票

年　　　月　　　日

二 本 松 市 長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　次の者が当施設（　に入所　・　を退所　）しましたので、連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 入所・退所年月日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 入所前住所 | 〒 |
|  退所後住所※ | 〒 |
| 退所理由(いずれかに〇) | １　他の施設へ入所（施設名称：　　　　　　　　　　　　　 ）２　死亡３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |

※死亡による退所の場合は、記載不要。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　設 | 名　　称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　　－ |
| 施設種類 | 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　国立ハンセン病療養所等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） |

※施設種類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