

介護保険適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

八幡市長

施設名

次の者が（ 入所 ・ 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					生年月日	年 月 日				
	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○)	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