介護保険　適用除外施設　入所・退所届

年　　月　　日

川西町長　　殿

介護保険法施行法第１１条第１項の適用に関して、次のとおり届け出ます。

被保険者番号 （該当者のみ記入）			
フリガナ		性　別	生　年　月　日
氏　　名		男・女	明　・　大　・　昭 年　　月　　日
入所前住所 または 退所後住所	〒 電話番号		

※入所する場合は入所前住所を、退所する場合は退所後住所をご記入ください。

▼ 対象者本人が届出する場合は、記入不要

届出人	氏　名		本人との続柄	
	住　所	〒 電話番号		

異動事由 （該当する事由に○）	入所　・　入所中の適用　・　退所	異動年月日	年　　月　　日

【入所の場合に記入】

施設	名　称	
	所在地	〒 電話番号

【退所の場合に記入】

退所事由 （該当する番号に○）	１．他の施設等への入所（施設等の名称：　　） ２．死亡　　３．その他（　　）

＜添付書類＞

☐ 施設の入所（入院）・退所（退院）したことを証明する書類

☐ 介護保険被保険者証（交付を受けている場合）

▼ 町記入欄

入所施設の種類	☐指定障害者支援施設（生活介護＋施設入所支援）　☐障害者支援施設（生活介護） ☐医療型障害児入所施設　☐児童福祉法の厚生労働大臣が指定する医療機関 ☐のぞみ園が設置する施設　☐ハンセン病療養所　☐生活保護法に規定する救護施設 ☐労働者災害補償法に規定する施設　☐障害者支援施設（知的） ☐指定障害者支援施設（知的・精神） ☐障害者総合支援法施行規則に規定する施設（療養介護）	収　受　印