

# 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 <small>(該当者のみ記入)</small>			
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 <small>(該当する事由に○)</small>	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 <small>(該当する番号に○)</small>	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	<input type="checkbox"/> 指定障害者支援施設（生活介護＋施設入所支援） <input type="checkbox"/> 障害者支援施設（生活介護） <input type="checkbox"/> 医療型障害児入所施設 <input type="checkbox"/> 児童福祉法の厚生労働大臣が指定する医療機関 <input type="checkbox"/> のぞみ園が設置する施設 <input type="checkbox"/> ハンセン病療養所 <input type="checkbox"/> 生活保護法に規定する救護施設 <input type="checkbox"/> 労働者災害補償法に規定する施設 <input type="checkbox"/> 障害者支援施設（知的） <input type="checkbox"/> 指定障害者支援施設（知的・精神） <input type="checkbox"/> 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