

(表) 介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

(あて先) 安芸市長

施設種類番号 (裏面参照)

施設名

管理者

次の者が下記の施設 に入所 しましたので、連絡します。
 を退所

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	氏 名		生 年 月 日	明・大・昭	年 月 日
			性 別	男	・ 女
	現住所	〒			
	退所後住所 <small>※死亡退所の場合 は記載不要</small>	〒			
退所理由	1 他施設入所 2 死亡 3 その他				

施 設	名 称	
	電話番号	
	所在地	〒

(裏) 適用除外 施設種類 ※表面に該当番号を記入してください。

介護保険法施行規則第 170 条第 1 項

- ① 障害者自立支援法第 19 条第 1 項の規定により支給決定(生活介護及び施設入所支援に係るものに限る。)を受けて同法第 29 条第 1 項に規定する指定障害者支援施設に入所している身体障害者

介護保険法施行規則第 170 条第 2 項

- ② 医療型障害児入所施設(児童福祉法第 42 条第 1 項第 2 号)
- ③ 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
- ④ 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園が設置する施設
- ⑤ ハンセン病療養所
- ⑥ 救護施設(生活保護法第 38 条第 1 項第 1 号)
- ⑦ 労災特別介護施設(労働者災害補償保険法第 29 条第 1 項第 2 号)
- ⑧ 障害者支援施設(知的障害者福祉法第 16 条第 1 項第 2 号の規定により入所している知的障害者に係るものに限る)
- ⑨ 指定障害者支援施設(障害者自立支援法第 19 条第 1 項の規定による支給決定(生活介護及び施設入所支援に係るものに限る。)を受けて入所している知的障害者及び精神障害者に係るものに限る。)
- ⑩ 障害者自立支援法第 29 条第 1 項の指定障害福祉サービス事業者であつて、障害者自立支援法施行規則第 2 条の 3 に規定する施設(同法第 5 条第 6 項に規定する療養介護を行うものに限る。)