

介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

(宛先)高槻市長

対象者・施設種別(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	令和 年 月 日
----------	----------

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ										生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名										性別	男 ・ 女
	入所前住所	〒										
	退所後住所 ※1	〒										
	退所理由	1 他施設入所			2 死亡			3 その他				

※1 死亡退所の場合は記載不要です。

保険者名 ※2	
---------	--

※2 保険者名には指定障害者支援施設、障害者支援施設又はのぞみの園に入所する際に支給決定や措置を行った市町村、救護施設の場合には保護の実施機関をご記入ください。

施 設	名称										
	電話番号	() —									
	所在地	〒									

【本人確認欄】 ※ 死亡退所の場合は記載不要です。

上記のとおり、適用除外施設 に入所 したことを届け出ます。
を退所

令和 年 月 日

本人署名

個人番号

【市記入欄】	■連絡票受渡し確認										
	国保・介護【担当者:		】	→	→	→	国保・介護【担当者:		】		
	■受渡し日	令和 年 月 日									

適用除外 対象者・施設種別（11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 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第19条第1項の規定による支給決定（生活介護及び同法第5条第10項に規定する施設入所支援に係るものに限る。以下「支給決定」という。）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（次項において「指定障害者支援施設」という。）に入所している身体障害者
- 2 身体障害者福祉法第18条第2項の規定により障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第11項に規定する障害者支援施設（生活介護を行うものに限る。次項において「障害者支援施設」という。）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

- 3 医療型障害児入所施設（児童福祉法第42条第2号）
- 4 児童福祉法第6条の2の2第3項の内閣総理大臣が指定する医療機関（当該指定に係る治療等を行う病床に限る。）
- 5 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（独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法第11条第1号）
- 6 国立ハンセン病療養所等（ハンセン病問題の解決の促進に関する法律第2条第2項）（同法第7条又は第9条に規定する療養を行う部分に限る。）
- 7 救護施設（生活保護法第38条第1項第1号）
- 8 労働者災害補償保険法第29条第1項第2号に規定する被災労働者の受ける介護の援護を図るために必要な事業に係る施設（同法に基づく年金たる保険給付を受給しており、かつ、居宅において介護を受けることが困難な者を入所させ、当該者に対し必要な介護を提供するものに限る。）
- 9 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。）
- 10 指定障害者支援施設（支給決定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。）
- 11 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第29条第1項の指定障害福祉サービス事業者であって、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第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。）