

介護保険適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

いすみ市長 様

施設名

次の方が下記の施設 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
----------	-------

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 転出 2 他の施設入所 3 死亡 4 その他()		

※① 死亡退所の場合は記載不要

介護保険 保険者名 ※65歳以上の方	1 いすみ市 2 その他	健康保険 保険者名 ※65歳未満の方	1 いすみ市 2 その他
-----------------------	--------------	-----------------------	--------------

施設	名称	
	電話番号	
	所在地	〒

【介護保険適用除外施設】（介護保険法施行法第11条、介護保険法施行規則第170条）

- ・ 児童福祉法に規定する医療型障害児入所施設
- ・ 児童福祉法に規定する厚生労働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。）
- ・ 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の規定により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
- ・ 国立及び国立以外のハンセン病療養所
- ・ 生活保護法に規定する救護施設
- ・ 労働者災害補償保険法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。）
- ・ 障害者支援施設（生活介護を行うものであって、身体障害者福祉法の規定により入所している身体障害者又は知的障害者福祉法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。）
- ・ 障害者総合支援法に規定する指定障害者支援施設（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身体障害者、知的障害者及び精神障害者に係るものに限る。）
- ・ 障害者総合支援法に規定する指定障害福祉サービス事業者である病院（療養介護を行うものに限る。）