

介護保険 適用除外届出書及び入退所証明書

一 関市長 様

次のとおり届出します。

年 月 日

届出者 (世帯主)	住所	〒		
	氏名	印		
被保険者	国保被保険者番号	—		
	氏名	生年月日	年	月 日
		性別	男 ・ 女	
	住所	〒		
	施設名	電話番号 ()		
	所在地	〒		
	入退所年月日	入所 ・ 退所	年	月 日
	適用除外 該当 ・ 非該当	該当 ・ 非該当	年	月 日

適用除外施設 (該当する施設口にチェックして下さい)

…以下施設にてご記入願います

- 指定障害者支援施設(生活介護及び施設入所支援に係るものに限る)【障害者総合支援法第29条第1項】
- 障害者支援施設(生活介護を行うものであり、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に限る)【障害者総合支援法第5条第11項】
- 医療型障害児入所施設【児童福祉法第42条第2号】
- 児童福祉法の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)【児童福祉法第6条の2第3項】
- 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】
- 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【生活保護法第38条第1項第1号】
- 労働者災害特別介護施設【労働者災害補償保険法第29条第1項第2号】
- 障害者支援施設【知的障害者福祉法第16条第1項第2号】
- 指定障害者支援施設(生活介護及び施設入所支援を行うものであり、知的障害者及び精神障害者に係るものに限る)
- 障害者総合支援法施行規則に規定する施設(障害者総合支援法第29条第1項の指定障害福祉サービス事業者であること)※療養介護を行うものに限る

適用除外施設該当年月日

年 月 日

上記のとおり、当施設に入(退)所していることを証明します。

年 月 日

住所

施設名

代表者名

印