

介護保険適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

鹿屋市長 様

施設名

に入所

次の者が下記の施設 ・ 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 鹿屋市 2 その他	健康保険 保険者名 ※65歳未満の方	1 鹿屋市 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】

- ・ 改正前の身体障害者福祉法第30条に規定する身体障害者療護施設（経過措置）
- ・ 重症心身障害児施設（児童福祉法43条の4）
- ・ 指定国立療養所等の重度心身障害児（者）病棟または進行性筋萎縮症児（者）病棟（児童福祉法27条2項）
- ・ 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のごみの園法に規定する福祉施設
- ・ 国立および国立以外のハンセン病療養所
- ・ 生活保護法に定める救護施設（生活保護法38条1項）
- ・ 労災特別介護施設（労働者災害補償保険法29条1項）
- ・ 障害者自立支援法第29条第1項に規定する指定障害者支援施設（生活介護＋施設入所支援）
- ・ 障害者自立支援法第5条第12項に規定する障害者支援施設（生活介護を行うもの）

※身体障害者福祉法第18条第2項に係るもの