

介護保険適用除外施設 入所・退所届

年 月 日

(宛先) 三条市長

介護保険法施行法第11条第1項の適用に関して、次のとおり届出します。

被 保 険 者	フリガナ			被 保 険 者 番 号											
	氏 名			個 人 番 号											
	生 年 月 日	年	月	日	性 別	男 ・ 女									
	入所前住所 または 退所後住所 (※)	〒 電話番号													

※入所する方は入所前住所を、退所する方(死亡の場合を除く)は退所後住所を御記入ください。
 ※住民票を異動せずに入・退所する場合は、現住所を御記入ください。

施 設	入所・退所の別	入 所 ・ 退 所	異 動 年 月 日	年	月	日
	退 所 事 由	1 他の施設等へ入所(施設等の名称) 2 死亡 3 その他 ()				
	名 称					
	所 在 地	〒				

届 出 者	氏 名			本 人 と の 続 柄	
	住 所	〒 電話番号			

【 保険者使用欄 】

入 所 施 設 の 種 類	1	医療型障害児入所施設	収 受 印
	2	指定発達支援医療機関等	
	3	のぞみの園法に規定する福祉施設	
	4	ハンセン病療養所	
	5	救護施設	
	6	労災特別介護施設	
	7	療養介護を行う病院	
	8	指定障害者支援施設	
	9	障害者支援施設	