

介護保険適用除外

該当
非該当

届出書

令和 年 月 日

東彼杵町長 様

住 所

世帯主氏名

国民健康保険法施行規則第5条の規定により、下記の通り届け出ます。

介護保険法施行法第11号第1項の適用を 1. 受けるに至った年月日(入所年月日) 2. 受けなくなった年月日(退所年月日)	令和 年 月 日
---	----------

フリガナ		生年月日	明・大・昭・令 年 月 日
氏 名		性 別 男 女	証番号 東彼杵
個 人 番 号			
住 所			
退 所 理 由	1 転出 2 他の施設入所 3 死亡 4 その他()		

施 設	名 称	
	電話番号	
	所 在 地	〒

※添付書類 : 入所日又は退所日の確認ができる資料を添付して下さい。

【介護保険適用除外施設】

- ・ 医療型障害児入所施設
- ・ 厚生労働大臣が指定する医療機関（児童発達支援及び治療を行うこと）
- ・ 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
- ・ 労災特別介護施設
- ・ 障害者支援施設（知的障害者に係る更生援護を行うこと）
- ・ 障害者自立支援法第十九条第一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二十九条第一項の指定障害福祉サービス事業者であって、厚生労働省令で定める病院。（療養介護を行う）