

介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

(連絡票作成日)
年 月 日

(あて先) 仙台市区長

当施設への 入所者 (施設名) について連絡します。
退所者

印

※太わくの中をご記入ください

| | |
|----------|-------|
| 入所・退所年月日 | 年 月 日 |
|----------|-------|

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|--|--|--|--|--|--|-------|---------|
| 被保険者番号(該当者のみ記入) | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭・平 |
| 氏名 | | | | | | | | 年 月 日 | |
| | | | | | | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 入所前住所 または 退所後住所 ※1 | 〒 | | | | | | | | |

※1 入所する方は入所前住所を、退所する方は退所後住所をご記入ください。
また、死亡による退所の場合は記載不要です。

| | | |
|-------|--------------------|--|
| 退所の場合 | 退所理由 (該当するものに○) | 1 他の施設等への入所 (施設等の名称 :) 2 死亡 3 その他 () |
|-------|--------------------|--|

| | | | | |
|----|------|---|------|--|
| 施設 | 名称 | 〒 | | |
| | 所在地 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | 担当者名 | |

【仙台市使用欄】

| | | | |
|---------------|--------------------------------|---------------------------|---|
| 入所の場合 | 入所に係る 支給決定状況等 (該当するものに○) | 障害者総合支援法 | 1 施設入所支援 2 生活介護 3 療養介護 |
| | | 児童福祉法 | 1 重症心身障害児(者)施設と同等の治療等を行う病床 2 肢体不自由児(者)施設と同等の治療等を行う病床 |
| | | その他 | () |
| 特定適用除外施設退所の場合 | | 住所地特例対象施設に入所する場合の支給決定等市町村 | |

| 收受 | チェック欄 | | 処理日 | 処理者 | 決裁欄 | | |
|----|-------------|--------|---------------|-----|-----|----|----|
| | 本人 | 被保険者証 | ・ ・ | | 課長 | 係長 | 担当 |
| | | 施設入退所届 | ・ ・ | | | | |
| | 支給決定(措置)担当課 | 連絡票 | ・ ・ | | | | |
| | | 要件確認 | 確認部署/担当者名 () | ・ ・ | | | |
| | 処理 | システム入力 | | | | | |