

介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

(連絡票作成日)
30年 4月 1日

(あて先) 仙台市区長

当施設への **入所者** について連絡します。
退所者

(施設名)

指定障害者支援施設
〇〇園 印 印

※太わくの中をご記入ください

入所・退所年月日	30年 4月 1日
----------	-----------

被保険者番号(該当者のみ記入)	0 0 0 0 9 9 8 8 7 7		
フリガナ	カイゴ タロウ	生年月日	明・大・昭 10年 10月 10日
氏名	介護 太郎	性別	男・女
入所前住所 または 退所後住所 ※1	〒 980-8601 仙台市青葉区国分町3丁目7番1号		

※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	指定障害者支援施設 〇〇園		
	所在地	〒 980-9999 仙台市青葉区△△町9丁目9番9号		
	電話番号	022-299-9999	担当者名	介護 花子

【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				