

介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

鳴門市長 様

次の者が下記の施設 に入所 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
氏 名		年 月 日
入所前住所	〒	
退所後住所※1	〒	
退所理由	1 他の介護保険適用除外施設への入所（施設等の名称： ） 適用除外施設については裏面参照 2 死亡 3 その他（ ）	

※1 死亡退所の場合は記載不要

連絡票提出施設	施設名称	
	所在地	〒
	連絡担当者	
	電話番号	

介護保険の適用除外となる要件

1. 根拠法

- 介護保険法施行法第11条第1項
- 介護保険法施行規則第170条

2. 介護保険適用除外施設

1	障害者の日常及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下、「障害者総合支援法」）第29条第1項に規定する指定障害者支援施設（生活介護及び施設入所支援に限る）
2	障害者総合支援法第5条第11項に規定する障害者支援施設（生活介護に限る）
3	児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設
4	児童福祉法第6条の2第3項の厚生労働大臣が指定する医療機関
5	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
6	国立及び国立以外のハンセン病療養所
7	生活保護法第38条第1項第1号に規定する救護施設
8	労働者災害補償保険法第29条第1項第2号に規定する労働者災害特別介護施設
9	障害者支援施設 （備考）知的障害者福祉法第16条第1項第2号に係るものに限る
10	指定障害者支援施設 （備考）生活介護及び施設入所支援の支給決定を受けて入所している知的障害者及び精神障害者に係るものに限る
11	障害者総合支援法第29条第1項の指定障害福祉サービス事業者であって、同法施行規則第2条の3に規定する施設（療養介護に限る）