

# 介護保険 適用除外施設 入所・退所届

(届出書作成日)

年 月 日

(宛先) 座間市長

に 入所

次の施設

しましたので届け出ます。

を 退所

※ 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)										※ 個人番号については、番号を確認できるものを提示または複写して添付してください。
個人番号										
フリガナ									生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
氏名									性別	
入所前住所 または 退所後住所 ※1										
電話番号										

※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	
	所在地	〒 _____

届出人	<input type="checkbox"/> 本人	代理人氏名		入退所者との関係	
	<input type="checkbox"/> 代理人 ※2	代理人住所	〒 _____		
		電話番号			

※2 家族以外の代理の方が申請するときには委任状が必要です。

【座間市使用欄】

本人確認 (運転免許証・障がい者手帳・その他 [ \_\_\_\_\_ ]) ※ 写真のない証明書は2点以上必要  
 個人番号確認 (個人番号カード (複写含)・個人番号通知カード (複写含)・住民票・その他 [ \_\_\_\_\_ ])

入所の場合	入所施設の種類	1 指定障害者支援施設 (生活介護及び施設入所支援/身体障害) 2 障害者支援施設 (生活介護/身体障害) 3 医療型障害児入所施設 4 児童福祉法の厚生労働省が指定する医療機関 5 のぞみ園が設置する施設 6 ハンセン病療養所 7 生活保護法に規定する救護施設 8 労働者災害補償法に規定する施設 9 障害者支援施設 (知的障害) 10 指定障害者支援施設 (生活介護及び施設入所支援/知的障害/精神障害) 11 障害者総合支援法施行規則に規定する施設 (療養介護)
-------	---------	--

収受印	確認欄		課長	係長	担当
	被保険者証 / 資格者証	(回収・交付・郵送・該当なし) 資格 (取得・喪失) 日			
		交付・郵送日 ( . . . )			
	施設	連絡票 (受付日 _____ ) 退所後保険者	合議		
	要件確認				
国民健康 保険主管課	情報提供 (65歳未満) 提供日 ( . . . )	処 理 日			
		. . .			