

### 適用除外施設入退所等情報連絡票

適用除外施設の名称	適用除外施設の種類
適用除外施設の所在地	電話番号

氏名	生年月日	性別	住所地
	平・昭・大・明	男 ・ 女	.....
情報提供事由	発生年月日		支援措置市区町村

氏名	生年月日	性別	住所地
	平・昭・大・明	男 ・ 女	.....
情報提供事由	発生年月日		支援措置市区町村

氏名	生年月日	性別	住所地
	平・昭・大・明	男 ・ 女	.....
情報提供事由	発生年月日		支援措置市区町村

氏名	生年月日	性別	住所地
	平・昭・大・明	男 ・ 女	.....
情報提供事由	発生年月日		支援措置市区町村

1 介護保険適用除外対象者

- ①65歳以上のかた（対象者住所地の介護保険担当課に連絡）
- ②40～64歳のかた（医療保険者、対象者住所地の介護保険担当課に連絡）

2 情報提供時期

- ①施設入所：入所時
- ②施設退所：退所時
- ③施設入所中の住所地変更：変更時
- ④65歳到達：65歳到達日が属する月の前月の月初

3 情報提供内容

- ①別紙 2 適用除外施設入所者情報連絡票のとおり

4 記入内容例

- ①適用除外施設の名称：施設名
- ②適用除外施設の所在地：施設の住所
- ③適用除外施設の種類：障害者支援施設・指定障害者支援施設等
- ④電話番号：電話番号
  
- ⑤氏名：対象者氏名
- ⑥生年月日：対象者生年月日
- ⑦性別：対象者性別
- ⑧住所地：対象者の住民票上の住所地
- ⑨情報提供事由：入所・退所・入所中の住所変更・65歳到達等
- ⑩発生年月日：情報提供事由が発生した日
- ⑪支援措置市区町村：生活介護支援・施設入所支援の決定市区町村