**介護保険適用除外施設　入所（退所）連絡票**

　　　年　　　月　　　日

（宛先）　大和高田市長

施設名

に入所

次の者が下記の施設　　　・　　　　しましたので連絡します。

を退所

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　 　月　　 　日 |
| 氏　　　　　名 |  | 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 入所前住所 |  | | |
| 退所後住所 |  | | |
| 退所理由 | １　転出　　　２　他の施設入所　　　３　死亡　　　４　その他（　　　　　　　　　　） | | |
| 医療保険者名（※） | |  | | |
| 医療保険被保険者証  記号・番号（※） | |  | | |

　（※）については、年齢が６５歳未満の方のみ御記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入所に係る  支給決定状況等  （該当するものに〇） | 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 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　　　設 | 名　　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 |  |