

## 介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

(あて先) 宜野湾市長

入所者 (施設名)  
当施設への 入所者 (施設名) について連絡します。  
退所者

印

※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)										
フリガナ							生年月日	明・大・昭・平		
氏名							年 月 日			
							性別	男 ・ 女		
入所前住所 または 退所後住所 ※1	〒									

※1 入所する方は、入所前住所を、退所する方は、退所後の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 ( )
-------	--------------------	--

自立支援給付の実施主体 (支給決定 市町村等)	
----------------------------	--

施設	名称			
	所在地	〒		
	電話番号		担当者名	

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	( )

【宜野湾市使用欄】

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	( )	. . .				
	処理	システム入力					