介護保険　適用除外施設　入所･退所　連絡票

（連絡票作成日）
年　　月　　日

（宛先）　座間市長

当施設への　入所者／退所者　について連絡します。

（施設名）

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）											障がい福祉サービス支給市区町村		
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	〒												

※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○をしてください。）	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	〒		
	電話番号		担当者名	

【座間市使用欄】

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（　・　・　）	・　・			
	被保険者	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			
			・　・			