

# 介護保険第2号被保険者適用除外施設 入所 ・ 退所 に関する届出書

南 城 市 長 様

届出年月日 平成 年 月 日

\*太枠のみご記入ください。

世帯主	住所	南城市		被保険者証 記号番号	南城国
	氏名	印	電話番号	(窓口に来た人)	(続柄)

適用除外に係る被保険者	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		適用除外施設に入所退所した年月日 平成 年 月 日		
	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		男・女	昭和 年 月 日	区分
	施設名	施設の所在地		電話 ( )		

処理欄	施設の種別	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap; padding: 5px;"> <div style="width: 33%;">1 指定障がい者支援施設（身体）</div> <div style="width: 33%;">4 児童福祉法の厚生労働大臣が指定す医療機関</div> <div style="width: 33%;">7 生活保護法に規定する救護施設</div> <div style="width: 33%;">10 指定障がい者支援施設（知的・精神）</div> <div style="width: 33%;">2 障がい者支援施設（身体）</div> <div style="width: 33%;">5 のぞみ園が設置する施設</div> <div style="width: 33%;">8 労働者災害補償法に規定する施設</div> <div style="width: 33%;">11 障がい者総合支援法施行規則に規定する施設</div> <div style="width: 33%;">3 医療型障がい児入所施設</div> <div style="width: 33%;">6 ハンセン病療養所</div> <div style="width: 33%;">9 障がい者支援施設（知的）</div> </div>									
	事由	<input type="checkbox"/> 適用 入所 退所 <input type="checkbox"/> 解除		入所中 国保加入	入所中 当該施設 に指定	その他 ( )	適用 解除 年月日	平成 年 月 日	確認欄	審査	入力