

介護保険第2号被保険者 適用除外(異動)届出書

中川村長 宮下 健彦 様

届出人

住所

氏名

1. 本人 2. 同居の家族 3. その他()

※3. その他の場合、続柄等をご記入ください。

1. 対象者

届出年月日	令和 年 月 日	異動年月日	令和 年 月 日	
事由	1. 入所 2. 退所 3. その他			
	※3. その他の場合はその理由			
現住所			世帯主氏名	
	(アパート名・室・番号等)			
ふりがな		生年月日	性別	世帯主との続柄
氏名		昭和 平成	男・女	
被保険者番号	08-			

2. 入所(退所)介護保険適用除外施設の名称・所在地

施設の名称			
施設の所在地	〒 - TEL ()		
該当日 (入所日)	令和 年 月 日	非該当日 (退所日)	令和 年 月 日

課長	係長	係	担当者

入力
R . .

3.添付書類

適用除外施設に入所・入院した場合は、以下の必要書類を添えて、ご提出ください。
また、退所・退院された場合も同様です。

- (1) 重症心身障害児施設(児童福祉法第43条の4 規定の施設)
- (2) 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法に規定する福祉施設
- (3) 国立及び国立以外のハンセン病療養所(ハンセン病問題の解決の促進に関する法律第2条)
- (4) 生活保護法第38条第1項第1号規定する救護施設
- (5) 労働者災害補償保険法施行規則第18条の3の3第3号に規定する施設
- (6) 障害者自立支援法第29条第1項の指定障害福祉サービス事業者で、障害者自立支援法施行規則第2条の3に規定する施設(同法第5条第6項に規定する療養介護を行うものに限ります)

必要書類 : 施設入所・退所日等がわかるもの <施設入所(退所)決定通知書(写し)など>

- (7) 児童福祉法第7条第6項の厚生労働大臣が指定する医療機関

必要書類 : 入院(退院)日がわかるもの

- (8) 障害者支援施設

※知的障害者福祉法第16条第1項第2号の規定により入所している知的障がい者の方。

必要書類

- ①施設入所日等がわかるもの <施設入所決定通知書(写し)など>
- ②療育手帳(写し) ※入所時のみ

- (9) 指定障害者支援施設

※障害者自立支援法第19条第1項による支給決定(生活介護及び施設入所者支援に係るものに限ります。)を受けて入所している、知的障がい者及び精神障がい者の方。

必要書類

- ①障害者自立支援法第19条第1項による支給決定通知(写し)
- ②障害者手帳(療育・精神保健福祉) ※入所時のみ
- ③施設入所(退所)決定通知書(写し)

4. その他

- (1) 届出書は、異動があった日から、14日以内に、必要書類を添えて、ご提出ください。
- (2) 除外適用中にサービス内容等の変更で、適用外となる場合は、速やかに届出を行ってください。
- (3) 事業者が指定施設等に指定された場合など、指定決定通知等を確認させていただくこともあります。