

年 月 日

介護保険適用除外者連絡票

岡山市介護保険課長 様

施設名

施設長

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

ふりがな 氏 名	
性 別	男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日
住民コード	
施 設 名	
施設住所	
施設電話番号	
入退所年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
入所前住所	
退所後住所	
担当	内線 ()

※「適用除外施設」のうち障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第29条第1項に規定する指定障害者支援施設に入所した場合は、同法第19条第1項による支給決定（「生活介護」、「施設入所支援」等）の内容が確認できる書類の写し（障害者手帳等）を添付してください。