

# 入 所 証 明 書

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

入 所 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

適用除外施設（該当する施設□にチェック）

- 障害者自立支援法に規定する指定障害者支援施設（生活介護及び施設入所支援に係る支給決定を受けた身体障害者、知的障害者及び精神障害者にかかる施設に限る。）
- 身体障害者福祉法又は知的障害者福祉法に規定する入所等の措置により、身体障害者又は知的障害者が入所している障害者支援施設
- 障害者自立支援法施行時の経過措置によりなお従前の例により運営をすることができることとされた身体障害者更生援護施設（従前の身体障害者療護施設に限る。）
- 児童福祉法に規定する重症心身障害児施設
- 障害者自立支援法に規定する指定障害福祉サービス事業者である病院（同法に規定する療養介護を行うものに限る。）
- 児童福祉法に規定する肢体不自由児施設等であって、厚生労働大臣が指定する医療機関（当該施設にかかる治療等を行う病床に限る。）
- 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
- ハンセン病療養所
- 生活保護法に規定する救護施設
- 労働者災害補償保険法施行規則に規定する被災労働者の受ける介護の救護を図るために必要な事業に係る施設
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

適用除外施設該当年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記のとおり、当施設に入所していることを証明します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所

施 設 名

※ 介護保険第2号適用除外施設に入所している40歳以上65歳未満の国民健康保険加入者がいる場合、この証明書を国民健康保険担当課に提出する。