

介護保険適用除外 該当 ・ 非該当 届

宍粟市長 様

次のとおり届出します。		届出年月日	令和 年 月 日
世帯主氏名		個人番号	
世帯主住所	〒 ー 電話番号 ()		

対 象 者	フリガナ		被保険者番号	
	氏 名		生年月日	昭・平 年 月 日
	個人番号			
	住 所	〒 ー 電話番号 ()		

適 用 除 外 理 由		
該 当	1 介護保険適用除外施設に入所した (施設の種類) (施設名)	令和 年 月 日
	2 入所中に40歳に到達した (施設の種類) (施設名)	令和 年 月 日
非 該 当	1 介護保険適用除外施設から退所した (施設の種類) (施設名)	令和 年 月 日

(注意) 1 障がい福祉サービス受給者証の写し(表紙と支給決定内容部分)を添付してください。
2 適用除外施設に入所している場合は、施設長が発行する入所証明書等を添付してください。
3 除外要件が非該当となった場合は、必ず届出を行ってください。

【市役所処理欄】

受付印	システム入力	適 用 除 外 該 当 ・ 非 該 当 年 月 日	賦課担当課連絡
		1. 施設入所日 2. 誕生日前日 3. 施設退所日 4. その他 () 令和 年 月 日	済 ・ 未
支給決定内容 ☐ 施設入所支援 ☐ 生活介護 ☐ 療養介護 ☐ その他			済 ・ 未
マイナンバーの確認 ☐ マイナンバーカード ☐ 通知カード ☐ 住民票 ☐ 住民票記載事項証明書			

入 所 証 明 書

氏 名					
住 所					
生 年 月 日	年	月	日		
入 所 日	令和	年	月	日	
適用除外 該当年月日	令和	年	月	日	

適用除外施設（該当する施設□にチェック）

- ☐ 障害者総合支援法第29条第1項に規定する指定障がい者支援施設【身体障がい者】
（生活介護及び施設入所支援の支給決定を受けていること）
- ☐ 身体障害者福祉法第18条第2項の規定により、障害者総合支援法第5条第11項に規定する障がい者支援施設（生活介護を行うもの）
- ☐ 知的障害者福祉法第16条第1項第2号の規定により、障害者総合支援法第5条第11項に規定する障がい者支援施設（生活介護を行うもの）
- ☐ 障害者総合支援法第29条第1項に規定する指定障がい者支援施設【知的障がい者・精神障がい者】
（生活介護及び施設入所支援の支給決定を受けていること）
- ☐ 児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障がい児入所施設
- ☐ 児童福祉法第7条第2項の内閣総理大臣が指定する医療機関（当該指定に係る治療等を行う病床）
- ☐ 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第11条第1号の規定により設置する施設
- ☐ ハンセン病問題の解決の促進に関する法律第2条第2項に規定する国立ハンセン病療養所等
- ☐ 生活保護法第38条第1項第1号に規定する救護施設
- ☐ 労働者災害補償保険法第29条第1項第2号に規定する被災労働者の受ける介護の援護を図るために必要な事業にかかる施設（保険給付を受給しており、かつ居宅において介護を受けることが困難な者に対し必要な介護を提供するもの）
- ☐ 障害者総合支援法第29条第1項の指定障がい福祉サービス事業者であって、同法施行規則第2条の3に規定する施設（療養介護の支給決定を受けていること）

上記のとおり、当施設に入所していることを証明します。

令和 年 月 日

住 所

施 設 名