

適用除外施設入所・退所者情報連絡票

(連絡票作成日)

令和 年 月 日

(宛先) 山口市長

当施設への（入所者・退所者）について連絡します。

※太枠の中をご記入ください ★記入欄は障害者支援施設 入退所者のみご記入ください。

適用除外施設	名 称										
	所 在 地	〒 ー									
	施設の種類 ※裏面施設種別参照の上、該当番号をご記入ください					電話番号					
対象者	ふ り が な									★障害福祉サービス支給市町村名	
	氏 名										
	★障害福祉サービス 支給決定期間 ※他市町村のサービス支給の場合は、受給者証の写しを添付してください	施設入所支援	平・令	年	月	日	～	平・令	年	月	日
		生活介護	平・令	年	月	日	～	平・令	年	月	日
	生 年 月 日	大・昭 平・令	年	月	日	性 別		男 ・ 女			
	入 所 前 住 所 または 退 所 後 住 所	〒 ー (入所する方は入所前住所を、退所する方は退所後住所を記入、死亡の場合は記入不要です。)									
	当施設(入所・退所)年月日	昭・平・令 年 月 日									
	退所の場合 ※1～3のいずれかに○をご記入ください	1 他施設への入所 (施設の名称：) 2 死亡 3 その他 ()									
	以下の※記入欄は山口市国民健康保険加入者のみご記入ください										
	※国民健康保険証 記 号 番 号	山 3 ー									
※個 人 番 号 (マイナンバー)											

山口市使用欄

展 覧	課長	主幹	担当

(写) 受取確認欄

受 取 印	保険年金課

LP適用除外入力	/
入所：認定有無確認	
退所：退所後住所確認	
適用除外者リスト入力	

適用除外 施設種別（11種類）

※表面に該当番号を記入してください。

●介護保険法施行規則第170条第1項

- 1 障害者総合支援法第19条第1項の規定により支給決定（生活介護及び施設入所支援に係るものに限る。）を受けて同法第29条第1項に規定する指定障害者支援施設に入所している身体障害者
- 2 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項に規定する障害者支援施設（生活介護を行うものに限る。次項において「障害者支援施設」という。）に入所している身体障害者

●介護保険法施行規則第170条第2項

- 3 医療型障害児入所施設(児童福祉法第42条の2)
- 4 児童福祉法第7条第2項の厚生労働大臣が指定する医療機関
- 5 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園が設置する施設
- 6 ハンセン病療養所
- 7 救護施設（生活保護法第38条第1項第1号）
- 8 労災特別介護施設
- 9 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害者に係るものに限る。）
- 10 指定障害者支援施設（障害者総合支援法第19条第1項の規定による支給決定（生活介護及び施設入所支援に係るものに限る。）を受けて入所している知的障害者及び精神障害者に係るものに限る。）
- 11 障害者総合支援法第29条第1項の指定障害福祉サービス事業者であって、障害者総合支援法施行規則第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場合に限る。）