

介護保険適用除外 該当・非該当届

(宛先)山口市長

国民健康保険法施行規則第5条の4の規定に基づき、下記のとおり、届出します。

※太枠の中をご記入ください

届出日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被 保 険 者 記 号・番 号	山3 -								
	ふりがな								個人番号	
	対象者氏名								- -	
	生年月日	昭 ・ 平 年 月 日								
	住 所									
	電話番号	- -		※本人・施設以外の場合は、氏名と続柄を記入してください。 【氏名： 続柄：】						
	世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 対象者氏名と同じ							個人番号	
								- -		
適 用 除 外 施 設	名 称									
	所 在 地	〒 -								
	施設の種類 <small>※裏面を参照の上、 該当番号をご記入ください。</small>					電 話 番 号	- -			
	入所・退所 年月日	平 ・ 令 年 月 日								
事 由 等	該当の場合	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 入所中に、介護適用除外となる障害福祉サービスの支給決定を受けた								
	非該当の場合	<input type="checkbox"/> 退所 <input type="checkbox"/> その他 ()								
	入所前住所 または 退所後住所	〒 - (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。)								

【注意事項】

- この届を提出する際は、施設の入所証明書または退所証明書を添付してください。
- 障害福祉サービスの支給決定を受けている場合は、障害福祉サービス受給者証の写し(受給者名と支給決定内容部分)を添付してください。
- 郵送で提出される場合は、個人番号のわかる書類(通知カード、マイナンバーカード等)の写し、および、本人確認書類(マイナンバーカード、障害者手帳、運転免許証等)の写しを添付してください。
- 障害福祉サービスの支給決定を受けている場合でも、介護適用除外が非該当となる場合があります。(短期入所の場合など)

山口市使用欄

受取確認欄

保 険 年 金 課	課長	主幹	担当(資格・賦課)	受付

介 護 保 険 課	受取印	
	受取日	/
	※写しを介護保険課へ渡すこと。	

	確認日	担当者
施設への確認 要・不要	/	

	入力日	入力	審査
システム処理	/		

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条第2号)
4	児童福祉法第6条の2の2第3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。)