介護保険　適用除外（　該当　・　非該当　）届

宗像市長あて

次のとおり届け出ます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 住所 | 〒 | 電話 |  |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号  （介護保険被保険者の場合） | |  |  |  |  |  | |  | |  |  | 0 | 0 |
| かな |  | | | | | | 生年  月日 | | Ｔ・Ｓ・Ｈ  年　　　月　　　日 | | | | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | 電話 | |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入所/生活介護開始➡適用除外対象＝介護保険資格喪失、退所/生活介護終了➡適用除外対象外＝介護保険資格取得 | | | |
| 施設 | 異動日 | □入所　□退所  □生活介護開始　□生活介護終了 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 |
| 施設名 |  | |
| 施設住所 |  | |

【添付書類】

施設入所日または退所日が確認できる資料や、生活介護の支給決定が確認できる資料をご提出ください。

（参考：適用除外制度の対象者）

|  |  |
| --- | --- |
| 1． | 障害者総合支援法による支給決定（生活介護および施設入所支援の両方）をうけた指定障害者支援施設に入所する身体障害者 |
| 2． | 障害者総合支援法による支給決定（生活介護および施設入所支援の両方）をうけた指定障害者支援施設に入所する知的障害者および精神障害者 |
| 3． | 障害者総合支援法の療養介護を行う病院に入院する者 |
| 4． | 児童福祉法の医療型障害児入所施設に入所する者 |
| 5． | 児童福祉法の指定医療機関（医療型児童発達支援の指定病床）に入院する者 |
| 6． | 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の施設に入所する者 |
| 7． | 国立ハンセン病療養所等に入所する者 |
| 8． | 生活保護法の救護施設に入所する者 |
| 9． | 労働者災害補償保険法の被災労働者の介護の援護を行う施設に入所する者 |
| 10． | 身体障害者福祉法による障害者支援施設（生活介護）に入所する身体障害者 |
| 11． | 知的障害者福祉法により障害者支援施設に入所する知的障害者 |

|  |
| --- |
| 宗像市処理欄　　【適用除外対象＝介護保険資格喪失、適用除外対象外＝介護保険資格取得】 |
| □入所/退所、生活介護開始/終了確認　　□適用除外適用/終了入力　□介護保険資格喪失/取得入力　□保険証回収/交付　　□保険料説明 |