

適用除外施設入所者 退所予定日確認票

神戸市 区長 あて

適用除外施設の退所予定日について、次のとおり届け出ます。

届出日 年 月 日

※届出人が本人の場合、届出人記入欄は記載不要です

届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 - 電話番号 ()		

フリガナ		性別	男・女
氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所	〒 - 電話番号 ()		
現在入所中の 適用除外施設	区分	<input type="checkbox"/> 救護施設 ⇒ [A]欄に保護実施市区町村を記入して下さい <input type="checkbox"/> 指定障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> のぞみの園 <input type="checkbox"/> その他()	
	施設名称	⇒ [B]欄に支給決定市区町村を記入して下さい	
	所在地	※上記の住所と同じ場合は、記載不要です 〒 - 電話番号 ()	

※[A]欄もしくは[B]欄のいずれか該当する方に、市区町村名(または県名)のご記入をお願いします

[A]保護実施市区町村	市 区	[B]支給決定市区町村	市 区
-------------	-----	-------------	-----

退所予定年月日	年 月 日		
退所後の住所	住所 地特例 施設	区分	<input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※ <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※ <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※ ※定義に該当する施設のみ対象
		施設 名称	
		施設 所在地	〒 - 電話番号 ()
	住所 地特例 対象外	区分	<input type="checkbox"/> 地域密着型老人福祉施設・特定施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他()
	住所 地	〒 - 電話番号 ()	

神戸市処理欄

被保険者番号					
介護	課長	係長	担当	確認日	<input type="checkbox"/> 保険者が神戸市となることを確認しました <input type="checkbox"/> 保険者は他市区町村であることを確認しました (担当者) 区・支所介護医療係 / (氏名) / (内線)
	課長	係長	担当	確認日	<input type="checkbox"/> 上記の者につき、神戸市が[支給決定市区町村・保護実施市区町村]であることを介護担当部局へ連絡した <input type="checkbox"/> 上記の者につき、要介護認定申請を行いたく (担当者) 区 課 係 / (氏名) / (内線)