介護保険　適用除外施設入所者　退所予定日確認票

※届出人が本人の場合，申請者記入欄は記載不要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒電話番号　　　　（　　　　）　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 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 | □救護施設　⇒ [A]欄に保護実施市区町村を記入してください。□指定障害者支援施設　　　　　　　　　　　　　　　　[B]欄に□障害者支援施設 支給決定市区町村を□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　記入してください |
| 施設名称 |   |
| 所 在 地 | 〒　※上記住所と同じ場合は，記載不要 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 |  | [B]支給決定市区町村 |  |
| 退所予定年月日 |  |
| 退所後の住所 | 住所地特例施設 | 区分 | □介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）□介護老人保健施設□介護医療院□有料老人ホーム　　　□軽費老人ホーム（ケアハウス等）□サービス付き高齢者向け住宅　　　　□養護老人ホーム |
| 名称 |  |
| 施設所在地 | 〒　電話番号　　　　（　　　　）　　　　 |
| 住特対象外 | 区分 | □在宅　　□地域密着型サービス（グループホーム等）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 住所地 | 〒電話番号　　　　（　　　　）　　　　 |

　　※水戸市記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 退所日 |  | 確認日 |  |