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 |  |