（国保年金課提出用）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式第２号

**介護保険　適用除外施設　入所・退所　連絡票**

　　年　　月　　日

（宛先）　秋田市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　どちらかに○をして下さい

　　　次の者が上記の施設　　　　に入所　　　しましたので、連絡します。

　　　　　　　　　　　　　　　　を退所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | フリガナ |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 入所・退所年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 入所前住所退所後住所 | 〒　電話番号　　（　　　） |
| 手帳の種類（該当に○） | 療育手帳　精神障害者保健福祉手帳　身体障害者手帳 |
| **※**サービス内容（該当に○） | 施設入所支援　　　　　生活介護　　　　　就労移行支援　　就労継続支援　　　　　　　自立訓練（生活訓練）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 給付サービス決定市町村名 | 　　　　　　　　　 |
| 退所理由（該当に○） | １　他の障害者施設へ入所（施設名　　　　　　　　　　　　　）２　市内転居（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）３　死亡４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　**※療養介護を受けている方と生活保護法に規定する救護施設に入所している方は、記入不要です。**