

介護保険第2号被保険者適用除外異動届 (介護保険法施行法第11条第1項)

該当者氏名		生年月日		年 月 日	
該 当 日		年 月 日		非該当日	
対象となる施設の種類とその内容（該当する数字を○で囲って下さい）	1	指定障害者支援施設	障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する指定障がい者支援施設（生活介護及び施設入所支援に係る支給決定を受けた身体障がい者、知的障がい者及び精神障がい者に係る施設に限る）		
	2	障害者支援施設	身体障害者福祉法又は知的障害者福祉法に規定する入所等の措置により、身体障害者又は知的障害者が入所している障害者支援施設		
	3	医療型障害児入所施設	児童福祉法第 42 条第 2 号に規定する医療型障害児入所施設		
	4	療養介護を行う病院	障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する指定障害福祉サービス事業者である病院（同法に規定する療養介護を行うものに限る）		
	5	指定医療機関	児童福祉法第 6 条の 2 第 3 項の厚生労働大臣が指定する医療機関（当該指定に係る治療等を行う病床に限る。）		
	6	のぞみの園法に規定する福祉施設	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に規定する福祉施設		
	7	ハンセン病療養所	ハンセン病療養所		
	8	救護施設	生活保護法第 38 条に規定する救護施設		
	9	労災特別介護施設	労働者災害補償法施行規則に規定する被災労働者の受ける介護の救護を図るために必要な事業に係る施設		
施設の証明	住所 名称 代表者				
年 月 日					
須 恵 町 長 殿					
届 出 人 住 所					
氏 名					
電 話 () —					