## 適用除外施設入所者 退所予定日確認票

神戸市 区長 あて

/(内線)

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。

保障 護害

展出人が本人の場合、届出人記入欄は記載不要です  届出人住所    本人との関係										届出日		年		月		日
T			易合、届	出人記	!入欄	は記載	不要です		+	0 88 <i>IT</i>						
届出人住所	届出	:人氏名							本人と	カ関係						
では   では   では   では   では   では   では   では	届出	人住所	┰													
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       □ 救護施設 ⇒ [A] 欄に保護実施市区町村を記入して下さい   指定障害者支援施設   ⇒ [B] 欄に支給決定市区町村を記入して下さい   のぞみの園   その他( )       ⇒ [B] 欄に支給決定市区町村を記入して下さい   ・ ○ をみの園   ・ ○ をみの園   ・ ○ をみの間   ・ ○ をみの間   ・ ○ をみの間   ・ ○ をみの間   ・ ○ をみのご記入をお願いします   ・ □ 「 ○ 下 ○ をお決定市区町村   ・ □ 「 □ 下 ○ 下 ○ 下 ○ を表します   ・ □ を表します ○ 「 ○ 「 ○ 「 ○ 「 ○ 「 ○ 「 ○ 「 ○ 「 ○ 「 ○										冒	話番号		(	)		
世 所	フリ	リガナ							性	別		男	•	女		
性所  □ 救護施設 ⇒ [A]欄に保護実施市区町村を記入して下さい □ 指定障害者支援施設 □ 障害者支援施設 □ のぞみの園 □ その他( 施設名称  ※上記の住所と同じ場合は、記載不要です 〒 ー 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	氏	氏 名							生年.	月日	明·大	•昭	年	J	月	日
電話番号 ( )    対態施設 → [A]欄に保護実施市区町村を記入して下さい			<del>-</del>		_											
□ 救護施設 ⇒ [A] 欄に保護実施市区町村を記入して下さい	住	所								_	==		,	,		
選在入所中の 適用除外施設					救護	施設 ⇒	 [A]欄に	保護	実施市区			さい	(			
現在入所中の適用除外施設			区公					<sup>}</sup> ]	. → [p]	脚に支針	<b>公山中市区</b>	町壮た	≘⊐ 7. ।	<b>プ</b> 耳	- <del></del>	
### (現在人所中の 適用除外施設 施設名称							也改		. → [□]	惻し又ず	油灰化川区	<u>፡</u> ሠ] ተነ	心人し	<i>,</i> ( )	`~v`	
※上記の住所と同じ場合は、記載不要です   〒					その作	也(								)	)	
所在地	適用	適用除外施設														
( )   (				=	上記の	)住所と ー	同じ場合	計は、言	记載不要	です						
※[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         日本 月 日       日本 日			所在 <sup>出</sup>	₾   '						_						
[A]保護実施市区町村     市     県区       退所予定年月日     年月日       住所が地特例施設     □ 外護保険施設 □ 軽費老人ホーム※ □ 有料老人ホーム※ ※定義に該当する施設のみ対象       施設名称     施設所在地       を分別を表する施設のみ対象       施設所在地     下 ー       を分別を表する施設のみ対象       施設所在地     下 ー       ではまする施設のみ対象     正話番号 ()       日本記書     日本記書	     	もしくは「B]	欄のいる	ー ずれか	該当で	する方に	、市区田	町村名	(または			願いしる	<u>(</u> ます	)		
取所予定年月日   日							県	Į.								
は 所						市	≥	<u> </u>					ī	†ī		区
退所後の住所       住所地特別施設名称       〒 ー 施設不住地       〒 ー 施設不住地       電話番号 ( )         住所地特別が素を使用します。       区分 口地域密着型老人福祉施設・特定施設 日本宅口子の他( )       日本宅口子の他( )       日本宅口子の他( )         日本的地域を発見を表する施設のみ対象       日本宅口子の他( )       日本宅口子の他( )       日本宅口子の他( )	返所了	产年月日			1-	1 人誰 /	7.10分长:50	<b>L</b>	•				4이 <del>보</del>	ı <del>+</del>	1.89	,
退所後の住所   地特別施設 名称   市在地   電話番号 ( )   日本記書   である				区分										<b>Λ/</b> Ν-	– <b>Д</b> %	•
退所後の住所			地	佐記	_	定義に	該当する	る施設	のみ対象	象						
退所後の住所																
返所後の任所	\n_=<	// - /\					_									
所 地 区分 ログループホーム ロ 在宅 ロ その他( ) マ ー カメ 食 住所地	退所	後の任所		ガ仕り									(	)		
特 □ その他( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )			所	区分							Ž.					
対象 住所地			特				<u>þ</u> (							)		
			対	住所均			_									
27 电印度グ ( )			外						電話番号				(	)		
	里欄															
	<b>省番号</b>															
	展 係	長 担当	首 確													
番号					口保	:険者は	他市区	町村で	あること	き確認し	しました					
番号			, .	=n								/m				
番号  長 係長 担当 確認日 □ 保険者が神戸市となることを確認しました □ 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)	果長 係	長 担当	首 確	認日						統決定ī 終いたI		保護実	施市	区町	村]	

□ 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)