

# 介護保険適用除外等 該当届 非該当

新潟県建築国民健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

決 裁	常務理事	事務長	課長	係長	係
被保険者証記号番号		組合員の氏名			住 所
新建 一					
該当者名		性別	組合員との続柄		生年月日
		男・女			昭和 年 月 日
申請理由（該当する施設に○を付けてください。）					
<input type="checkbox"/>	① 障害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第29条第1項に規定する指定障害者支援施設（生活介護施設入所支援に限る）				
<input type="checkbox"/>	② 障害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第5条第12項に規定する障害者支援施設（生活介護に限る）				
<input type="checkbox"/>	③ 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				
<input type="checkbox"/>	④ 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				
<input type="checkbox"/>	⑤ 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				
<input type="checkbox"/>	⑥ 国立及び国立以外のハンセン病療養所				
<input type="checkbox"/>	⑦ 労働者災害補償保険法第29条第1項第2号に規定する労働者災害特別介護施設				
<input type="checkbox"/>	⑧ 障害者支援施設 (備考)知的障害者福祉法第16条第1項第2号に係るものに限る				
<input type="checkbox"/>	⑨ 指定障害者支援施設 (備考)生活介護及び施設入所支援の支給決定を受けて入所している知的障害者及び精神障害者に係るものに限る				
<input type="checkbox"/>	⑩ 障害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第29条第1項の指定障害福祉サービス事業者であって、障害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施行規則第2条の3に規定する施設（療養介護に限る）				

施 設 長 の 証 明 欄	上記の者が当施設に入所していることを証明いたします。	
	令和 年 月 日	
	施設の名称 _____	
	所在地 _____	
施設の代表者名 _____		
印		