適用除外施設入所者情報連絡票

担当者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

適用除外施設の名称		適用除外施設所在地	
適用除外施設の種類	□指定障害者支援施設（主に身体障害者が利用） □医療型障害児入所施設 □医療型障害児入所施設委託指定発達支援医療機関 □のぞみの園が設置する施設		□国立及び国立以外のハンセン病療養所 □救護施設 □指定障害者支援施設（主に知的障害者及び精神障害者が利用） □療養介護を行う施設・病院※1

※1　障害者総合支援法第２９条第１項の指定障害福祉サービス事業者であって、同法施行規則第２条の３に規定する施設【病院】（同法第５条第６項に規定する療養介護を行うものに限る）

入所者情報（藤岡市に現在住所がある入所者・入所前住所が藤岡市であった入所者）

氏　　名	生 年 月 日	性 別	住　　所 ※施設に住所変更している場合は入所前の住所	入所年月日	異動内容 （以下の異動があった場合）	異動年月日
	年　月　日			年　月　日	入所　住所変更　65歳到達 退所　（退所理由　　）	年　月　日
	年　月　日			年　月　日	入所　住所変更　65歳到達 退所　（退所理由　　）	年　月　日
	年　月　日			年　月　日	入所　住所変更　65歳到達 退所　（退所理由　　）	年　月　日
	年　月　日			年　月　日	入所　住所変更　65歳到達 退所　（退所理由　　）	年　月　日
	年　月　日			年　月　日	入所　住所変更　65歳到達 退所　（退所理由　　）	年　月　日
	年　月　日			年　月　日	入所　住所変更　65歳到達 退所　（退所理由　　）	年　月　日
	年　月　日			年　月　日	入所　住所変更　65歳到達 退所　（退所理由　　）	年　月　日
	年　月　日			年　月　日	入所　住所変更　65歳到達 退所　（退所理由　　）	年　月　日
	年　月　日			年　月　日	入所　住所変更　65歳到達 退所　（退所理由　　）	年　月　日
	年　月　日			年　月　日	入所　住所変更　65歳到達 退所　（退所理由　　）	年　月　日