

生活保護法(中国残留邦人等支援法)指定介護機関指定申請書

| フリガナ | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|--------------------|-----------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所の名称 | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号・担当者名 | | Tel () / 担当者氏名 () | | | | | | | | | | | |
| 施設又は実施する事業の種類 | | 生活保護法 指定(予定)年月日 | 介護保険法 指定(予定)年月日 | 介護保険事業者番号 | | | | | | | | | |
| 居宅介護 | 訪問介護 | 介 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 訪問入浴介護 | 介・予防 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 訪問看護 | 介・予防 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 訪問リハビリテーション | 介・予防 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 居宅療養管理指導 | 介・予防 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 通所介護 | 介 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 通所リハビリテーション | 介・予防 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 短期入所生活介護 ※2 | 介・予防 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 短期入所療養介護 ※2 | 介・予防 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 特定施設入所者生活介護 ※1 | 介・予防 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 福祉用具貸与 | 介・予防 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 特定福祉用具販売 | 介・予防 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 居宅介護支援事業 | 介 | | | 4 | 4 | | | | | | | |
| 介護予防支援事業 | 予防 | | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| 地域密着型サービス | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 介 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 夜間対応型訪問介護 | 介 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 認知症対応型通所介護 | 介・予防 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 小規模多機能型居宅介護 | 介・予防 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 認知症対応型共同生活介護 ※1 | 介・予防 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 地域密着型特定施設入居者生活介護 ※1 | 介 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 (生活保護法第54条の2第2項による「みなし指定」のため、申請は不要です。) | | | | | | | | | | | | |
| 複合型サービス | 介 | | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| 日常生活支援 | 訪問型サービス | 予防 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 通所型サービス | 予防 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | その他の生活支援サービス | 予防 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 介護予防ケアマネジメント | 予防 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| 施設介護 | 介護老人福祉施設 (生活保護法第54条の2第2項による「みなし指定」のため、申請は不要です。) | | | | | | | | | | | | |
| | 介護老人保健施設 | 介 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 介護療養型医療施設 | 介 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| | 介護医療院 | 介 | | 4 | 4 | | | | | | | | |
| 施設または実施する事業の種類に ※1または※2とある場合 (利用者負担額を記入すること) | | ※1 | 居住費(賃料) | 円/月 | | | | | | | | | |
| | | ※2 | 居住費・滞在費 | 円/日 | | | | | | | | | |
| | | | 食費 | 円/日 | | | | | | | | | |
| | | | その他負担経費 | | | | | | | | | | |

上記のとおり指定を申請します。

令和 年 月 日

大分市長 殿

申請者住所(法人の場合は法人の主たる事務所所在地)

〒

開設者

(申請者)

申請者氏名(法人の場合は法人名及びその代表者氏名)

【注意事項】

1. この書類は、大分市福祉保健課に提出してください。
2. 貴機関等が指定された場合には、市告示により公示するほか、指定通知書により通知します。

【記載要領】

1. 介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が申請する場合には、その施設について記載してください。居宅介護事業者又は介護予防事業者が申請する場合には、その事業の種類及びその開設する事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者、特定福祉用具販売事業者、地域包括支援センター又は特定介護予防福祉用具販売事業者が申請する場合には、その開設する事業所ごとに記載してください。
2. 「名称」欄は、略称等を用いることなく、開設許可又は指定を受ける正式な名称を用いて記載してください。
3. 「介護保険事業者番号」欄は、介護保険法による指定申請中の場合は、記入不要です。
4. 「施設又は実施する事業の種類」欄は、今回指定申請する施設または事業の「介」または「予」を○で囲んでください。既に生活保護法による指定を受けている施設または事業については記載しないでください。
5. 「生活保護法指定（予定）年月日」は、被保護者への介護サービスを実施する予定日を記載してください。
6. 「介護保険法指定（予定）年月日」は、介護保険法の指定を受けた日または受ける予定日を記載してください。

なお、介護保険法施行令等の規定に基づき指定があったものとみなされたものについては「H12. 4. 1みなし」と記載し、介護保険法施行令等の一部を改正する政令（平成18年政令第154号）附則の規定に基づき指定があったとみなされたものについては「H18. 4. 1みなし」と記載してください。
7. 申請者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。