

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		○○クリニック										
事業所の名称		○○クリニック										
事業所の所在地		〒 ●●●-●●●● 大分市○○町○丁目○○○○番○号										
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・ <b>予防</b>	RO.O.O	HOO.O.O	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・介護予防	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

大分市○○町○丁目○○○○番○号

(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)

医療法人 ○○会 理事長 ●● ●●

