

生活保護法指定介護(予防サービス)機関指定申請書

生活保護法第54条の2第1項(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第4項においてその例によるものとされた場合を含む。)の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

ふりがな					
名 称					
所 在 地		〒□□□-□□□□			
連 絡 先		電話番号	— —	FAX番号	— —
管 理 者 氏 名					
医療機関コード等					
施設又は実施する事業の種類		今回指定申請 事業(○印)	事業等開始 (予定)年月日	介護保険法による指定 年月日(又は申請中)	生活保護法による 既指定年月日
居 宅 介 護	訪問介護				
	訪問入浴介護				
	訪問看護				
	訪問リハビリテーション				
	居宅療養管理指導				
	通所介護				
	通所リハビリテーション				
	短期入所生活介護				
	短期入所療養介護				
	特定施設入居者生活介護				
	福祉用具貸与				
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				
	夜間対応型訪問介護				
	認知症対応型通所介護				
小規模多機能型居宅介護					
認知症対応型共同生活介護					
複合型サービス					
地域密着型特定施設入居者生活介護					
介 護 施 設	地域密着型介護老人福祉施設入所者介護				
	介護老人福祉施設				
	介護老人保健施設				
	介護療養型医療施設				
介 護 予 防	介護予防訪問介護				
	介護予防訪問入浴介護				
	介護予防訪問看護				
	介護予防訪問リハビリテーション				
	介護予防居宅療養管理指導				
	介護予防通所介護				
	介護予防通所リハビリテーション				
	介護予防短期入所生活介護				
	介護予防短期入所療養介護				
	介護予防特定施設入居者生活介護				
	介護予防福祉用具貸与				
	介護予防認知症対応型通所介護				
介護予防小規模多機能型居宅介護					
介護予防認知症対応型共同生活介護					
福 祉 用 具	特定福祉用具販売				
	特定介護予防福祉用具販売				
居宅介護支援事業					
介護予防支援(地域包括支援センター)					
職員配置の状況		別紙に記載のこと			
利用定員等					
サービス費用基準額以外に必要な利用料の額					
介護保険事業者番号(介護保険申請中は記載不要)					

久留米市長 殿

年 月 日

申請者 住所
氏名

印

(裏)

注意事項

- 1 この書類は、久留米市長へ直接提出してください。
- 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 介護保険法による開設許可又は指定を受けた事業所（介護保険事業所番号）ごとに記載してください。
 - ・ 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。
 - ・ その他の場合には、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、介護保険法による開設許可又は指定を受けた正式な名称を用いて記載してください。
- 3 「管理者氏名」欄は、介護保険法の規定に基づき配置した管理者の氏名を記載してください。
- 4 保険医療機関、保険薬局又は訪問看護ステーション等として既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを記載する場合、記載欄が不足するときは適宜様式を補正してそのすべてを記載してください。
- 5 「施設又は実施する事業の種類」欄は、今回申請する事業について、該当する欄にすべて「○」を記載してください。なお、介護老人福祉施設については、「みなし」と記載してください。
- 6 「介護保険法による指定年月日」欄は、該当する欄に介護保険法の指定又は開設許可を受けた年月日を記載してください。申請中の場合は、「申請中」と記載してください。

なお、介護保険法施行法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「12. 4. 1」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「18. 4. 1」と記載してください。
- 7 「生活保護法等による既指定年月日」欄は、既に本法による指定を受けている事業等につき、その指定を受けた年月日を記載してください。
- 8 「事業等開始（予定）年月日」欄は、生活保護受給者等に対するサービス提供を開始した年月日（開始予定年月日）を記載してください。
- 9 「サービス費用基準額以外に必要な利用料の額」欄は、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護の場合に限り、サービス費用基準額以外に必要な利用料の額及び入居一時金について記載するとともに、当該利用料及び入居一時金の額が明確に記載されたパンフレット等の資料を添付してください。
- 10 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、代表者印を押印してください。