

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	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								
	地域密着型特定施設入居者生活介護								
看護小規模多機能型居宅介護									
地域密着型通所介護									
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								
	介護医療院								
介 護 予 防	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)									
総 合 事 業	訪問型サービス								
	通所型サービス								
職員配置の状況	確認できる書類を添付してください。								
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)		4	0						

年 月 日

久留米市長 あて

住所
申請者
氏名

注意事項

1. この書類は、久留米市福祉事務所へ提出してください。
2. 貴機関等が指定された場合には、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、その開設する事業所ごとに記載してください。
2. 「名称」は、略称等を用いることなく、介護保険法による開設認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」は、介護保険法等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、訪問看護ステーション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。複数のコードを有する場合には、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. 「生活保護法による既指定の年月日」欄は、すで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。
なお、介護保険法施行法等関係法令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. 「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及び介護保険事業者番号を記載してください。申請中の場合は、「指定年月日」欄に「申請中」と記載してください。なお、介護保険法施行法等関係法令の規定に指定があったものとみなされたものについては「12. 4. 1」と記載してください。
8. 「職員配置の状況」欄は、各事業等ごとに、職種別に、申請時の実人員の数を記載してください。ただし、介護老人福祉施設については、職種別の区分は必要ありません。
9. 「利用定員等」欄は、入所(利用)定員を定めている場合に、各事業等ごとに記載してください。申請時における数を記載してください。
10. 「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。
11. 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。