

生活保護法
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに
永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶
者の自立の支援に関する法律

指定介護機関 指定申請書

生活保護法第54条の2第1項及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第14条第4項の規定に基づき、次の通り申請します。

介護保険法の「介護事業者指定通知書」の写しを添付して申請すること。ただし、健康保険法に基づく保険医療機関及び保険薬局に指定されたことにより、介護保険法の介護事業者として指定されたとみなされた場合を除く。

施設又は事業所	フリガナ	ネヤガワケアステーション					介護保険法で指定を受けた事業所・施設名称を記入してください。				
	名称	寝屋川ケアステーション									
	所在地	〒 572 - 1234 寝屋川市本町〇〇番〇〇号					介護保険法で指定を受けた事業所・施設の所在地を記入して下さい。「2-〇〇-〇〇」のように省略せず、「二丁目〇〇番〇〇号」と記入して下さい。				
	連絡先	電話番号	072 - 0000 - 0000		FAX番号	072 - 0000 - 0000					
開設者の氏名、生年月日及び住所 ※個人の場合「代表者の職・氏名」欄、法人の場合「生年月日」欄の記載は不要です。	氏名 (法人の名称)	株式会社寝屋川ケア									
	代表者の職・氏名	代表取締役 ●●●●			生年月日	年 月 日					
	住所 (主たる事務所の所在地)	〒 - 〇〇市〇〇町二丁目〇〇番〇〇号									
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	●●●●			生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					
	住所	〒 111 - 1111 大阪府〇〇市〇〇町一丁目2番3 ××××マンション456号									
介護保険事業所番号		2 7 0 0 0 0 0 0 0 0			医療機関コード (医療機関・薬局のみ記載)		-				
今回申請する施設・事業	今回申請する施設・事業の種類		※裏面に記載								
	職員配置状況	職 種	介護支援専門員		今回申請する事業について、職種別に、申請時の実人員を記入して下さい。						
		専従	常勤(人)	1							
		兼務	非常勤(人)			介護保険給付の対象となるサービス費用基準額以外に必要な利用料の額を記入して下さい。 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、介護予防認知症対応型共同生活介護については入居に係る利用料を明記して下さい。					
	利用定員等		35人								
サービス費用基準額以外に必要な利用料の額											

(※注) 医療機関や薬局等、健康保険法に基づく保険医療機関及び保険薬局に指定されたことにより、介護保険法の介護事業者として指定されたとみなされた場合は不要。

(裏面)

施設又は実施する事業の種類		申請事業	生活保護法等		介護保険法
			指定希望年月日	既指定の年月日	指定(許可)年月日
居宅介護	訪問介護			H16.10.1	H16.10.1
	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(※注)	今回生活保護法で指定を希望される事業等の種類を該当箇所に「○」を記入して下さい。			介護保険法で指定(許可)を受けた年月日を記入して下さい。
	福祉用具貸与				
	特定福祉用具販売				
	居宅介護支援	○	H26.7.1		H25.12.1
施設介護	介護老人福祉施設		※生活保護法第22条第2項により指定したとみなされるため、申請は不要です。		
	介護老人保健施設		指定を希望する年月日を記入してください。介護保険法による指定日より前の日付では指定はできません。		
	介護療養型医療施設				
	介護医療院				
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				
	夜間対応型訪問介護				
	地域密着型通所介護				
	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(※注)				
	地域密着型特定施設入居者生活介護(※注)				
地域密着型介護老人福祉施設(入所者生活介護)		※生活保護法第54条の2第2項により指定したとみなされるため、申請は不要です。			
看護小規模多機能型居宅介護					
介護予防	介護予防訪問入浴介護			H18.4.1	H18.4.1
	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(※注)				
	介護予防福祉用具貸与				
	特定介護予防福祉用具販売				
介護予防支援(地域包括支援センター)					
地域密着型	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(※注)				
日常生活支援	訪問型サービス				
	通所型サービス				
	その他の生活支援サービス				
	介護予防ケアマネジメント				

(※注) 「入居に関する契約書」のひな型、「入居に関する重要事項説明書」等入居に係る利用料が分かる書類を添付して下さい。

〇〇年 〇月 〇日
寝屋川市長様

福祉事務所にこの申請書を提出した年月日を記入して下さい。

住所(申請者が法人の場合は法人の主たる事務所の所在地)

申請者 〒 -
(開設者)

〇〇市〇〇町二丁目〇〇番〇〇号

氏名(申請者が法人の場合は法人名及び代表者名)

株式会社寝屋川ケア