

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。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------|------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|-----------------|---|---|---|---|--|--|---|--|
| 介護保険事業所番号 | | 2 | 7 | | | | | | | | 医療機関コード (医療機関・薬局のみ記載) | 4 | 0 | — | | | | | | |
| 施設 又は 事業所 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 — | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | — | | | | | | | | | | | | | | | | — | |
| 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 代表者の職・氏名 | | | | | | | | | | | 生年月日 (個人の場合) | 年 | | 月 | 日 | | | | |
| | 住所 (主たる事務所の所在地) | 〒 — | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者の氏名、生年月日及び住所 | 氏名 | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年 | | 月 | 日 | | | | |
| | 住所 | 〒 — | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 の 状況 | 職 | 種 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 専従 | 常勤(人) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 非常勤(人) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 兼務 | 常勤(人) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 非常勤(人) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(※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です。

年 月 日

豊中市長様

申請者 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)
(開設者) 〒 —

氏名 (申請者が法人の場合は法人名及び代表者名)

(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 | |
| 介 護 給 付 | 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（※注） | | | | |
| | | 福祉用具貸与 | | | | |
| | | 特定福祉用具販売 | | | | |
| 居宅介護支援 | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| | 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 | | | | | |
| | 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 | | | | | | |
| 予 防 給 付 | 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（※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） | | | | | | |
| 生 活 支 援 総 合 事 業 | 介 護 予 防 ・ 日 常 | 訪問介護相当サービス | | | | |
| | | 通所介護相当サービス | | | | |
| | | 訪問型サービスA | | | | |
| | | 通所型サービスA | | | | |
| | | 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ください。

注 意 事 項

1. この書類は、豊中市長あてに、豊中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、豊中市掲示板で告示するほか、指定通知書により通知します。

記 載 要 領

(申請書表面)

1. 「医療機関コード」欄は、保険医療機関、保険薬局等で既に医療機関コード等が付番されている場合に記載してください。
2. 「施設又は事業所」欄は、今回生活保護法指定介護機関として指定を受けたい施設又は事業所の名称を記載してください。
3. 「開設者の氏名、生年月日及び住所」欄は、開設者が個人の場合は「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。
4. 「管理者の氏名、生年月日及び住所」欄は、介護保険法の規定に基づき配置した管理者の氏名等を記載してください。
5. 「今回申請する施設・事業の種類」欄については裏面に記載してください。

(申請書裏面)

6. 「申請事業」欄は、今回指定申請する事業について、該当する欄すべてに「○」を記載してください。
7. 「生活保護法等指定年月日」欄は、指定を希望する年月日を記載してください。
8. 「生活保護法等既指定の年月日」欄は、既に生活保護法による指定を受けている事業につき、その指定を受けた年月日を記載してください。
9. 「介護保険法指定（許可）年月日」欄には、介護保険法の指定又は開設許可を受けた(受ける予定の)年月日を記載してください。
10. 医療機関・診療所の通所リハビリテーション（介護予防を含む）の指定申請する場合は、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」の写しを添付してください。
11. 「申請者（開設者）」の署名は、開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所所在地と、法人名及び代表者名を記載してください。診療所等で開設者が個人の場合は、住所及び氏名を記載してください。