

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

記入例

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。

1		介護保険事業所番号		2	7	7	7	6	5	4	3	2	1	2		医療機関コード (医療機関・薬局のみ記載)		4	0	-	5	4	3	2	1
3	フリガナ	ナカサカケアステーション																							
	名称	中桜塚ケアステーション																							
	所在地	〒 561 - 0881 豊中市中桜塚〇丁目〇番〇号																							
	連絡先	電話番号	0 6 - 8 8 8 8 - 7 7 7 7																						
4	氏名 (法人の名称)	株式会社中桜塚ケア																							
	代表者の職 ・氏名	理事長 豊中 太郎	生年月日	平成〇〇年〇月〇日																					
	住所 (主たる事務 所の所在地)	〒 560 - 0082 豊中市新千里東町〇丁目〇番〇号																							
5	氏名	豊中 一郎		生年月日	平成〇〇年〇月〇日																				
	住所	〒 123 - 4567 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号																							
6	今回申請する施設・事業の種類		※裏面に記載																						
	人員配置 の状況	専従	常勤(人)	1																					
			非常勤(人)																						
		兼務	常勤(人)																						
			非常勤(人)																						
利用定員等	35人																								
7	サービス費用基準額以外に必要な利用料の額																								

①介護保険事業者番号を記載してください。

②保険医療機関・保険薬局等で医療機関コードがある場合は記載してください。

③介護保険法の指定を受けている名称、所在地、電話番号、記載してください。

④法人の場合  
生年月日は記載不要です。  
個人の場合  
介護機関の所在地ではなく、  
開設者の居住地を記載してください。

⑤住所は管理者の居住地を記載してください。

⑥今回申請する事業について、  
職種別に、申請時の実人員を  
記載してください。

⑦介護保険給付の対象となる  
サービス費用基準額以外に  
必要となる利用料の額を記載  
して下さい。  
特定施設入所者生活介護、  
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  
入所者生活介護、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  
てください。

(※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。

8 年 月 日

豊中市長様

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 〒 560 - 0082

(開設者) 豊中市新千里東町〇丁目〇番〇号

9 氏名(申請者が法人の場合は法人名及び代表者名)

株式会社中桜塚ケア 理事長 豊中 太郎

⑧申請書の提出日を記載してください。

⑨法人の場合  
法人の主たる事務所所在地、  
法人名、代表者の職名、代表  
者名を記載してください。  
個人の場合  
個人名、自宅住所を記載して  
ください。

(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	訪問介護	10	11	12	13
	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			H16. 10. 1	H16. 10. 1
	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				
	給	居宅介護支援	○	R3. 4. 1	
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	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				
給	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	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				

⑩今回、生活保護法で指定を希望されるサービスの枠に「○」を記してください。

⑪指定を希望する年月日を記載してください。  
※介護保険法による指定日より前の日付で指定はできません。

⑫既に生活保護法で指定を受けている事業等については、その年月日を記載してください。

⑬介護保険法で指定(許可)を受けた年月日を記載してください。

(※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。