

様式第3号

生活保護法およ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指定 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項の規定のに基づき、次のとおり指定を申請します。

フリガナ												
事業所の名称												
事業所の所在地		〒										
連絡先	電話番号					FAX番号						
	電子メールアドレス										@	
管理者氏名												
医療機関コード						介護保険事業所番号						
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					
			事業開始(予定)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										
	施設介護	福祉用具貸与										
		特定福祉用具販売										
		居宅介護支援事業										
		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										
		地域密着型	地域巡回・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												
予防給付	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護											
	複合型サービス											
	地域密着型	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												
地域密着型	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												
介護予防支援事業												
「(介護予防)認知症対応型共同生活介護」「(介護予防)特定施設入居者生活介護」「地域密着型特定施設生活介護」のみ記載してください。(併せて、利用料金表等、利用料の内訳の分かる資料を添付してください。)		月額利用料のうち、住宅費に相当する額				円						
		入居一時金のうち、敷金等に相当する額				円						

平成 年 月 日
(あて先) 柏市長

(開設者が法人の場合は法人の主たる事務所所在地)

申請者

住所

(開設者が法人の場合は法人名及び代表者名)

氏名

印

(裏面)

注意事項

- 1 この書類は、千葉県知事(千葉市, 船橋市, 柏市に事業所がある場合は, それぞれの所在地の市長)あてに直接又は所在地を管轄する福祉事務所を経由して提出してください。
- 2 貴機関等が指定された場合には, 柏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 介護保険法による指定又は開設許可を受けた事業所及び施設(介護保険事業所番号)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, 介護保険法による指定又は開設許可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, 介護保険法等の規定に基づき配置した当該管理者の氏名を記載してください。
- 4 「医療機関コード」欄は, 保険医療機関, 保険薬局として既に医療機関コードが付番されている場合には, そのコードを記載してください。
- 5 「介護保険事業所番号」は, 介護保険法により付番された番号を記載してください。
- 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。なお, 介護老人福祉施設, 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護については, 「みなし」と記載してください。
- 7 「事業開始(予定)年月日」欄は, 生活保護受給者又は中国残留邦人等支援給付受給者に対してサービスを開始する(した)年月日を記載してください。
- 8 「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 「指定(許可)年月日」欄は, 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。なお, 申請中の場合は「申請中」と記載してください。
- 10 「(介護予防)認知症対応型共同生活介護」「(介護予防)特定施設入居者生活介護」「地域密着型特定施設入居者生活介護」の申請をする場合には, 「月額利用料のうち, 住宅費等に相当する額」及び「入居一時金のうち, 敷金等に相当する額」について, 該当欄に記入し, その他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内訳が明確に記載された資料を申請書に添付してください。(資料の様式は任意です。)

生活保護法およ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指定 指定介護機関指定申請書

【記載例】

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項の規定のに基づき、次のとおり指定を申請します。

フリガナ														
事業所の名称	※介護保険法に基づく指定申請のものと合わせてください。													
事業所の所在地	〒 - - ※介護保険法に基づく指定申請のものと合わせてください。													
連絡先	電話番号	●●-●●●●-●●●●					FAX番号	●●-●●●●-●●●●						
	電子メールアドレス	未決定の場合は空欄とし、後日FAX等で番号をお知らせください。												
管理者氏名														
医療機関コード	介護保険事業所番号													
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						
		事業開始(予定)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		○			H29.9.1								
	福祉用具貸与													
	特定福祉用具販売													
	居宅介護支援事業													
	施設介護	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												
	地域密着型	地域巡回・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														
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護														
複合型サービス														
予防給付	介護予防訪問介護							H18.4.1			H18.4.1			
	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													
特定介護予防福祉用具販売														
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													
介護予防支援事業														
「(介護予防)認知症対応型共同生活介護」「(介護予防)特定施設入居者生活介護」「地域密着型特定施設生活介護」のみ記載してください。(併せて、利用料金表等、利用料の内訳の分かる資料を添付してください。)		月額利用料のうち、住宅費に相当する額						円						
		入居一時金のうち、敷金等に相当する額						円						

平成●●年●●月●●日

(あて先) 柏市長

(開設者が法人の場合は法人の主たる事務所所在地)

申請者

住所 ※介護保険法に基づく指定申請のものと合わせてください。

(開設者が法人の場合は法人名及び代表者名)

氏名 ※介護保険法に基づく指定申請のものと合わせてください。

印