

生活保護法及び中国残留邦人等支援法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、次のとおり指定を申請します。

名 称	(フリガナ) 介護保険所管課に届出された事業所名称を記入してください				
所 在 地	〒 - - 介護保険所管課に届出された事業所所在地・電話番号を記入してください Tel () 法人の場合は記載不要です				
開設者の氏名、生年月日、住所 (法人の場合は氏名 (名称) 欄に法人の名称及び代表者職・氏名を記載し、「住所 (所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記載)	(フリガナ)		生 年 月 日	介護保険法で付番された「28」で始まる10ケタの番号。申請中の場合は鉛筆で申請中と記入してください	
医療機関コード等	保健医療機関・保険薬局で医療機関コードが付番されている場合は記入してください		介護保険事業所番号		
施設又は実施する事業の種類	申請する事業等		事業開始 (予定) 年月日	生活保護法の既指定の年月日	介護保険法の指定(予定)年月日
	介護	介護予防 日常生活 介護予防			
居宅介護	訪問介護		該当事業を開始した又は開始予定の年月日を事業ごとに記入してください。	現在生活保護法で指定を受けている場合に年月日事業の種類ごとに記入してください。 ※初めて指定受ける場合は記入不要。	兵庫県介護サービス情報公表システムで確認可能。 介護と予防サービスの指定年月日が異なる場合、各々記入してください。 例) H20.4.1 予防 H20.5.1
	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 ※				
	福祉用具貸与				
	特定福祉用具販売				
	居宅介護支援				
	地域包括支援センター				
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		この3サービスを申請する場合、裏面の「サービス費用基準額以外に必要な利用料の額」欄を記入すること。(家賃が住宅扶助の上限額を超える場合、指定は不可能。)		
	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 ※				
	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看護小規模多機能型居宅介護		(生活保護法第54条の2第2項による「みなし指定」のため、申請は不要です。)			
施設介護	介護老人福祉施設		(生活保護法第54条の2第2項による「みなし指定」のため、申請は不要です。)		
	介護老人保健施設				
	介護医療院				
	介護療養型医療施設				
介護予防・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				

※の事業を申請する場合は、裏面「サービス費用基準額以外に必要な利用料の額」欄に必ず記載すること

令和 年 月 日

原則、福祉事務所に提出する日

市長 様

住所
申請者 (開設者)
氏名

Tel () -

法人の場合・法人の所在地・法人名・代表者氏名
個人の場合・代表者の住所・氏名
上記の開設者欄と同じ内容を記入してください。

施設又は実施する事業の種類 (表面でチェックした該当事業種類を記載)	職員配置の状況				利用定員等	
	職種	常勤(実人員)		非常勤(実人員)		
		専従	兼務	専従		兼務
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: fit-content;"> 介護保険法に係る申請と同じ職種を記入して下さい。 人数は生活保護法の申請時のものを記入して下さい。 </div>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 申請時の実人員を記入して下さい。 (小数点が付くことはありません) </div>					
管理者	施設又は実施する事業の種類	氏名	住所		生年月日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
サービス費用基準額以外に必要な利用料の額		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 管理者の氏名、自宅住所、生年月日を記入 </div>				
※記載要領 12.に規定する事業を申請する場合のみ右欄に記載すること						

注 意 事 項

1. この書類は、明石市長あてに、所在地を管轄する明石福祉事務所へ提出してください。
2. 貴機関等が新たに指定された場合には、明石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

(申請書表面)

1. 介護老人保健施設又は介護療養型医療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、介護予防事業者、特定福祉用具販売事業者、特定介護予防福祉用具販売事業者が申請する場合には、その事業の種類及びその開設する居宅介護事業所、介護予防事業所、特定福祉用具販売事業所、特定介護予防福祉用具販売事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターが申請する場合には、その開設する居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター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、介護保険法による開設許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. 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人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。
4. 「介護保険事業者番号」欄は、介護保険法により付番された番号を記載してください。
5. 「施設又は実施する事業の種類」欄には、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。
6. 「生活保護法の既指定の年月日」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。
7. 「介護保険法の指定(予定)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(受ける予定の)年月日を記載してください。
 なお、介護保険において平成18年4月1日に指定されたこととみなされる予定の事業者については、「18.4.1」と記載してください。
8. 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業所の所在地を申請者欄に記載し、法人の代表者印を押印してください。

(申請書裏面)

9. 「職員配置の状況」欄は、各事業等ごとに、職種別に、(適宜仕切り線を加え)申請時の実人員の数を記載してください。ただし、介護老人福祉施設及び地域密着型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。
10. 「利用定員等」欄は、入院、入所(利用)定員を定めている場合に、各事業所ごとに、申請時における数を記載してください。
11. 「管理者氏名」欄は、介護保険法等の規定に基づき配置した管理者の氏名を事業の種類ごとに記載してください。
12. 「サービス費用基準額以外に必要な利用料の額」欄は、認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、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地域密着型特定施設入居者生活介護を申請する場合に限り、各事業ごとに、定めている利用料すべてについて、特に入居に係る利用料とそれ以外が明確に区別されるように記載してください。