

別記様式第1号

介護保険サービス利用被爆者助成特定事業者登録同意書

徳島県知事 殿

徳島県原爆被爆者介護保険等利用助成事業実施要綱に基づく、介護保険サービス利用被爆者助成特定事業者としての登録に同意します。

令和 年 月 日

事業者（法人）の所在地

事業者（法人）の名称

代表者（職 氏名）

印
(代表者印を押印)

連絡先電話番号

指定事業所の所在地

指定事業所（施設）の名称

事業所（施設）の代表者（職氏名）

介護保険指定事業所番号

利用助成金対象サービス（※実施されるサービスに○印をつけてください。）

<input type="checkbox"/>	介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	旧介護予防通所介護
<input type="checkbox"/>	地域密着型介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	介護予防短期入所生活介護
<input type="checkbox"/>	通所介護	<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型通所介護
<input type="checkbox"/>	短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	介護予防小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/>	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	第1号通所事業
<input type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	訪問介護
<input type="checkbox"/>	複合型サービス	<input type="checkbox"/>	旧介護予防訪問介護
<input type="checkbox"/>	認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	第1号訪問事業
<input type="checkbox"/>	認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	

※事業所が複数にある場合は、別紙（裏面）に記入してください

別 紙

指定事業所の所在地

指定事業所（施設）の名称

事業所（施設）の代表者（職氏名）

介護保険指定事業所番号									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

利用助成金対象サービス（※実施されるサービスに○印をつけてください。）

介護老人福祉施設		旧介護予防通所介護
地域密着型介護老人福祉施設		介護予防短期入所生活介護
通所介護		介護予防認知症対応型通所介護
短期入所生活介護		介護予防小規模多機能型居宅介護
地域密着型通所介護		介護予防認知症対応型共同生活介護
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		第1号通所事業
小規模多機能型居宅介護		訪問介護
複合型サービス		旧介護予防訪問介護
認知症対応型通所介護		第1号訪問事業
認知症対応型共同生活介護	/	

指定事業所の所在地

指定事業所（施設）の名称

事業所（施設）の代表者（職氏名）

介護保険指定事業所番号									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

利用助成金対象サービス（※実施されるサービスに○印をつけてください。）

介護老人福祉施設		旧介護予防通所介護
地域密着型介護老人福祉施設		介護予防短期入所生活介護
通所介護		介護予防認知症対応型通所介護
短期入所生活介護		介護予防小規模多機能型居宅介護
地域密着型通所介護		介護予防認知症対応型共同生活介護
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		第1号通所事業
小規模多機能型居宅介護		訪問介護
複合型サービス		旧介護予防訪問介護
認知症対応型通所介護		第1号訪問事業
認知症対応型共同生活介護	/	