

生活保護法指定介護機関指定申請書

名 称	(フリガナ)			
所 在 地	〒 -			
開設者の氏名、生年月日及び住所(法人の場合は、「氏名(名称)」欄に法人の名称及び代表者の職氏名を記載し、「住所(所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記載してください。)	氏名(フリガナ)			
	生年月日	※	年 月 日	
	住所	〒 -		
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名(フリガナ)	生年月日	年 月 日	
	住所	〒 -		
施設又は実施する事業の種類	生活保護法指定希望年月日	既指定の年月日	介護保険法の指定を受けている事業	
	指定等年月日	介護保険事業者番号		
在宅サービス	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			
	福祉用具貸与			
	夜間対応型訪問介護			
	認知症対応型通所介護			
介護予防サービス	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			
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
	複合型サービス			
	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				
介護予防福祉用具貸与				
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				

特 定 福 祉 用 具 販 売					
特 定 介 護 予 防 福 祉 用 具 販 売					
施 介 護 老 人 福 祉 施 設					
施 介 護 老 人 保 健 施 設					
設 介 護 療 養 型 医 療 施 設					
居 宅 介 護 支 援 事 業					
介 護 予 防 支 援 事 業					
職 員 配 置 の 状 況	別紙に記載のこと				
利 用 定 員 等					
サ-ビス費用基準額以外に必要な利用料の額					
生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号まで(指定欠格事由)に該当しない旨の誓約	「指定欠格事由」に該当しないことを確認の上、右のチェック欄にチェック(☑)してください。	チ ェ ッ ク	<input type="checkbox"/>		

上記のとおり指定を申請します。

年 月 日

徳島県知事 殿

住所 〒 -

申請者(開設者)

電話番号:

氏名

注意事項

- 1 この書類は、都道府県知事に直接に、又は所在地を管轄する福祉事務所を經由して提出してください。
- 2 貴機関が新たに指定された場合には、県報により公示するほか、指定通知書により通知します。
- 3 この書類は、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(平成6年法律第30号)に基づく申請も兼ねています。

記載要領

- 1 この申請書は、指定介護機関の指定を受けようとする施設又は事業所ごとに作成してください。
- 2 ※印のところは、個人開設の場合は開設者本人の生年月日を記入し、法人開設の場合は一で消してください。
- 3 「名称」は、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記載してください。
- 4 開設者が法人の場合、「氏名(名称)」に法人の名称及び代表者の職氏名を記載し、「住所(所在地)」に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。
- ※ 開設者が法人の場合、生年月日については記載の必要はありません。
- 5 「施設又は実施する事業の種類」は、今回指定介護機関の指定を受けようとする施設又は事業の種類を右欄に○を記載してください。
- 6 「既指定の年月日」は、すでに生活保護法による指定介護機関の指定を受けている施設又は事業について記載してください。
- 7 「介護保険法の指定を受けている事業」は、該当する欄に介護保険法による指定又は開設許可を受けた年月日及び介護保険事業者番号を記載してください。また、指定又は開設許可を申請中の場合は、「指定等年月日」欄に「申請中」と記載してください。
- 8 「職員配置の状況」は、施設又は事業の種類ごとに、当該申請時における職員の実人員数を職種別に記載してください。なお、介護老人福祉施設については、職種別の区分の必要はありません。
- 9 「利用定員等」は、入所(利用)定員を定めている場合に、施設又は事業の種類ごとに、当該申請時における定員数を記載してください。
- 10 「サ-ビス費用基準額以外に必要な利用料の額」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、特定施設入所者生活介護及び介護予防特定施設入所者共同生活介護については、事業の種類ごとに、定めている全ての利用料について、特に入居に係る利用料とそれ以外の利用料とが明確に区別されるように記載してください。
- 11 「生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号まで(指定欠格事由)に該当しない旨の誓約」は、指定欠格事由に該当しない場合、□にチェックを入れてください。
- 12 「申請者(開設者)」は、法人の場合は、法人の名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地を記載し、法人代表者印を押印してください。