

# 生活保護法 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(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項により生活保護法の規定の例によるとされる場合を含む。)第54条の2第1項の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

名 称 (事業を行う事業所名)											
所 在 地 (事業を行う事業所の住所)											
連 絡 先	電話番号	-	-	FAX番号	-	-	〒	-			
管 理 者 氏 名											
医療機関コード等											
施設又は実施する事業の種類【申請するサービスの右枠内○を印すること】											
介護保険法の指定等年月日 平成 年 月 日						介護保険事業者番号					
居宅介護	訪問介護	<input type="checkbox"/>	介護予防 訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	介護予防 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	訪問看護	<input type="checkbox"/>	介護予防 訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	介護予防 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	介護予防 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	通所介護	<input type="checkbox"/>	介護予防 通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	介護予防 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	短期入所生活介護 ◆	<input type="checkbox"/>	介護予防 短期入所生活介護 ◆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	短期入所療養介護 ◆	<input type="checkbox"/>	介護予防 短期入所療養介護 ◆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	特定施設入居者生活介護★	<input type="checkbox"/>	介護予防 特定施設入居者生活介護★	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	介護予防 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
居宅介護支援事業		<input type="checkbox"/>	介護予防支援事業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	介護予防 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	複合型サービス	<input type="checkbox"/>	介護予防 複合型サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	介護予防 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	介護予防 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	認知症対応型共同生活介護 ★	<input type="checkbox"/>	介護予防 認知症対応型共同生活介護 ★	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
地域密着型特定施設入居者生活介護★	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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。)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	特定介護予防福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
職員配置の状況		別紙のとおり									
利用定員等											
サービス費用基準額以外に必要な利用料の額											
遡及適用	理由										
遡及しない	遡及希望日	平成 年 月 日									

◆印のサービスを申請する場合は、利用料金の確認が必要なので、運営規定を必ず添付してください。  
 ★印のサービスを申請する場合は、サービス費用基準額以外に必要な利用料の額がわかるものが必要です。  
 既に生活保護受給者に対する事業の実施(サービス提供等)を行っている場合は、指定日を遡及して指定する場合があります。  
 遡及を必要とする場合は、必ず理由を書いてください。

平成 年 月 日

高 知 県 知 事 殿

申請者住所

申請者氏名

印