

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

記入例

生活保護法第14条第4項により生活保護法の規定の例により指定を申請します。

名 称 (事業を行う事業所名) 訪問介護県庁

介護保険法による指定を受けている**事業所の正式名称**を記載してください。

所在地 (事業を行う事業所の住所) ○○市丸ノ内1番地

介護保険法の指定通知書に記載されている所在地を正確に転記してください。

連絡先 電話番号 088-823-xxxx FAX番号 088-823-0000 780-x0x0

管理者氏名 県庁 花子

申請中のためコードが未定の場合  
は「申請中」と記入してください

医療機関コード等 「申請中」

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】

介護保険法の指定等年月日 平成 22 年 2 月 1 日

記入漏れのないように

訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	介護予防 訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	3	9	7	0	9	9	9	9	9	9
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	介護予防 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>										
訪問看護	<input type="checkbox"/>												
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>												
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>												
通所介護	<input type="checkbox"/>	介護予防 通所介護	<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"/>										
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"/>										
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"/>										
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"/>										
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	介護予防 福祉用具貸与	<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"/>										
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"/>										
複合型サービス	<input type="checkbox"/>	介護予防 複合型サービス	<input type="checkbox"/>										
夜間対応型訪問介護	<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"/>										
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"/>										
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"/>										
地域密着型特定施設入居者生活介護★	<input type="checkbox"/>												

予防サービスも実施していれば、合わせて申請してください。

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  
介護療養型医療施設

特定職員 どちらかに「○」をお願いします。  
利用 別紙のとおり  
サービス費用 申請以外に必要な利用料の額

理由 生活保護を受けている利用者に対して平成23年4月1日から介護サービスを実施しているため。  
遡及適用  
遡及しない  
遡及希望日 平成 24 年 4 月 1 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

開設者が法人の場合は法人名と代表者名を記入してください。

平成 年 月 日  
高知県知事殿

申請者住所 高知市丸ノ内1番地

株式会社高知サービス  
申請者氏名 代表取締役 県庁 太郎

開設者が法人の場合は代表者印を開設者が個人の場合は個人の印を押印してください。

印