

※ 記載要領については裏

記入例

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

指定介護機関

生活保護法第54条の2第1項(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において準用する場合を含む。)の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

フリガナ	ヘルパーステーション〇〇			
事業所の名称	ヘルパーステーション〇〇			
事業所の所在地	〒590-0078 堺市堺区南瓦町×-×-×			
連絡先	電話番号	072-XXX-XXX	FAX番号	072-XXX-XXX
フリガナ	カブシキガイシャ〇〇 ダイヒョウトリシマリヤク〇〇〇〇			
開設者の氏名(名称)(法人の場合 法人名称・代表者の職・氏名)	株式会社〇〇 代表取締役 〇〇	生年月日		
開設者の住所(法人の 場合主たる事務所の所在地)	〒590-0078 堺市堺区			
フリガナ	△△ △△	生年月日	昭和50年1月1日	
管理者の氏名	△△ △△	生年月日	昭和50年1月1日	
管理者の住所	〒590-0076 堺市堺区北瓦町×-×-×			

介護保険法で指定を受けた事業所・施設名称を記載してください。

開設者が法人の場合は、法人名称・代表者の職・氏名をご記載ください。(例)株式会社〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇
個人の場合は氏名・生年月日・自宅住所をご記載ください。

申請するサービスの枠内に○を記し、介護保険の指定(開設許可)年月日を記載してください。

サービス種類	介護保険法の指定年月日	サービス種類	介護保険法の指定年月日
■居宅サービス	年 月 日	■介護予防サービス	
<input type="checkbox"/> 訪問介護	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護	年 月 日
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護	年 月 日
<input type="checkbox"/> 訪問看護	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション	年 月 日
<input type="checkbox"/> 通所介護	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導	年 月 日
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション	年 月 日
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護	年 月 日
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護	年 月 日
<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売	年 月 日	<input type="checkbox"/> 特定介護予防福祉用具販売	年 月 日
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与	年 月 日
<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護	年 月 日
■地域密着型サービス		■地域密着型介護予防	
<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護	年 月 日
<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護	年 月 日
<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護	年 月 日
<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	年 月 日	■介護予防・日常生活支援総合事業	
<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問サービス	年 月 日
<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護予防通所サービス	年 月 日
<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	年 月 日	■施設	
<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	年 月 日
<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	年 月 日
■居宅介護支援		<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	年 月 日
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	年 月	<input type="checkbox"/> 介護医療院	年 月 日

今回生活保護法で指定を希望されるサービスの枠に○を記してください。

介護保険事業者番号を必ず記載してください。

指定を希望する年月日を記載してください。介護保険法による指定(開設許可)年月日より前の日付では指定できません。

介護保険事業者番号
書類を提出する日を記載してください。

開設者欄と同じとなります。

法人の場合は法人印を押印してください。

堺市長様

申請者(開設者)氏名 (開設者が法人の場合は法人名称・代表者の職・氏名)



