

※ 記載要領については裏面をよくお読みください。

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  
指定介護機関指定申請書

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			
事業所の名称			
事業所の所在地			
連絡先	電話番号	FAX番号	
フリガナ			
開設者の氏名(名称) (法人の場合 法人名称・代表者の職・氏名)		生年月日 (個人の場合)	
開設者の住所(法人の 場合主たる事務所の所在地)			
フリガナ			
管理者の氏名		生年月日	
管理者の住所			

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

介護保険事業者番号	
介護報酬の他に必要な利用料の額	
指定希望年月日	年 月 日

年 月 日

住 所 (開設者が法人の場合は法人の主たる事務所の所在地)

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)

(福祉事務所用欄)

福祉事務所確認欄	添付書類	誓約書	有 ・ 無
年 月 日 收受	介護扶助の理解		
	指定についての意見		

## 注意事項

1. この書類は、所在地を管轄する保健福祉総合センターを経由して、堺市長あてに提出してください。
2. 貴機関が新たに指定された場合には、指定通知書を交付するとともに、その旨を公表します。

## 記載要領

1. 「名称」は、略称等を用いることなく、介護保険法による指定又は開設許可を受けた正式名称で記載してください。  
「管理者の氏名」は、介護保険法の規定に基づき配置した管理者の氏名を記載してください。  
開設者が法人の場合、「開設者の氏名(名称)」には、法人名称及び代表者の職・氏名、「開設者の住所(法人の場合主たる事務所所在地)」には、法人の主たる事務所の所在地を記載してください。
2. 「介護保険法の指定年月日」は、今回申請する施設・事業に対して介護保険法で受けられた指定(開設許可)年月日を記入してください。なお、介護保険法施行法の規定に基づき指定があったものとみなされたものについては健康保険法(医療)の指定年月日を記載してください。
3. 「介護保険事業者番号」は、介護保険法で受けた介護保険事業者番号を記載してください。
4. 「介護報酬の他に必要となる利用料の額」は、今回申請する各事業ごとに、介護保険給付の対象となるサービス費用基準額以外に必要となる利用料の額を記載してください。  
特定施設入居者生活介護、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、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護については、各事業ごとに定めている利用料すべてについて、特に入居に係る利用料とそれ以外が明確に区分されるよう記載してください。
5. 「申請者」は、開設者が法人の場合は、法人名称、代表者の職・氏名及び法人の主たる事務所の所在地を記載してください。