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項及び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項の規定に基づき、次のとおり申請します。

名 称																••
所在地	〒	_														
連絡先	電話番号		_			_				FAX番号		_		_	_	
この正々 上	氏 名 (法人の名称)															
日及び住所 D場合「代表者 氏名」欄、法人	代表者の職 ・氏名									生年月日			:	— — 年	月	
「生年月日」欄 は不要です。	住 所 (主たる事務 所の所在地)	₸		_												
С ОП. Я. 4-	氏 名									生年月日			:	年	月	
日及び住所	住 所	₹		_												
 下護保険事業	所番号							(医療	医療機関 * 機関・薬原	ュード 引のみ記]載)				
今回申請する	る施設・事業の	の種類		※裏	重に	二記載	_ 载									
職 ———	種															
人員専					-											
の 置 ——																
況 務					†											-
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																
	連 のD 場名生ま のB 場名生ま のB 人員の状況 名住代機用でする住 大び 保 回 職員配置 利 一 職員配置 利 一 職員配置 利 一 要 す 職 事従 兼務 用 ご 事 す 職 事 で 事 す 職 当 で ま す 職 当 で ま す 事 で ま す 事 で ま す 事 で ま す ま す ま す ま す ま す ま す ま す ま す ま す ま	所在地 連絡先 電話番号 連絡先 電話番号 (法人の名名へ、	連絡先 電話番号 氏人の名称	連絡先 電話番号	連絡先 電話番号	所在地 連絡先 電話番号 一 の氏名、生 日及び住所 (法人の名称) 氏、名 (法人の名称) 代表者の職 ・氏表者の職 ・氏る事務 所の所在地) 一 日本の氏名、生 日及び住所 日本の所の所在地) 日本の氏名、生 日本の所を地) 日本の所の所在地) 日本の氏名、生 日及び住所 日本の所を地) 日本の氏名、生 日本の所を地) 日本の所を地) 日本の氏名、生 日本の所を地) 日本の所を地) 日本の氏名、生 日本の所を地) 日本の所を地) 日本の氏名、生 日本の所を地) 日本の所を地) 日本の氏名、生 日本の所を地) 日本の所を地) 日本の所を地) 日本の種類 本の表別のよりに 第一の代えの 日本の代えの代えのよりに 日本の代えの代えのよりに 第一の代えの代えのよりに 日本の代えのよりに 第一の代えの代えのよりに 日本の代えのよりに 第一の代えのよりに 日本のよりに 第一の代えのよりに 日本の名のよりに 第一の代えのよりに 日本の名のよりに 第一の代えのよりに 日本のよりに 第一の代えのよりに 日本のよりに 第一の代表表のよりに 日本のよりに 第一の代表のよりに 日本のよりに 第一ののよりに	連絡先 電話番号	所在地 連絡先 電話番号 - - の氏名、生 日及び住所 場合「代表者 名」欄、法人 生年月日」欄 は不要です。 代表者の職 ・氏名 - - 度と 所 (主たる事務所の所在地) 日本 所 (主たる事務所の所在地) - - (基保険事業所番号 日本 所 - - - 意保険事業所番号 本 所 本 所 本 所 今回申請する施設・事業の種類 ※裏面に記載 人員の状況 事 前 (人) 非常勤 (人) が表別 非常勤 (人) 非常勤 (人) 利用定員等 等 サービス費用基準額以外に	連絡先 電話番号 - の氏名、生 3及び住所 場合」標 場合」標 ま不要です。 氏名 (法人の名称) 代表者の職 ・氏名 ・氏名 住 所 (主たる事務所の所在地) 一 氏名、生 4日及び住所 氏名 一 住 所 (主たる事務所の所在地) 所の所在地) 氏名 事業の種類 ※裏面に記載 職 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	連絡先 電話番号	連絡先 電話番号	連絡先 電話番号 - - FAX番号 の氏名、生 1及び住所 2月間 2月間 2月間 2月間 2月間 2月間 2月間 2月間 2月間 2月間	連絡先 電話番号	連絡先 電話番号	連絡先 電話番号 - - FAX番号 - の氏名、生 母及び住所 場合「代表者 名」欄、法人 生年月日 生不要です。 (大表者の職 ・氏名 生年月日 年 の氏名、生 日及び住所 氏 名 生年月日 年 意保険事業所番号 氏 名 生年月日 年 意保険事業所番号 (医療機関コード (医療機関・薬局のみ記載) 今回申請する施設・事業の種類 職 職 職 職 職 職 事 常 勤 (人) 券 非常勤 (人) 券 非常勤 (人) 券 非常勤 (人) ※裏面に記載 取 財用 定 員 等 サービス費用基準額以外に	連絡先 電話番号

吹田市福祉事務所収受印	· 添 付	誓約書	有	無
	書類	介護事業者指定通知書の写し (※注)	有	無
		介護扶助の理解		
		指定についての意見		

(※注) 医療機関や薬局等、健康保険法に基づく保険医療機関及び保険薬局に指定されたことにより、

(裏 面)

佐乳刀は実歩より東米の種類			申請	生活保護法等			介護保険法		
施設又は実施する事業の種類		事業	指定希望年月日	既指定の年月日	指定	(許可)	年月日		
		訪問介護							
		訪問入浴介護							
		訪問看護							
	E.	訪問リハビリテーション							
	店	居宅療養管理指導							
		通所介護							
		通所リハビリテーション							
	ЭГ.	短期入所生活介護							
	護	短期入所療養介護							
		特定施設入居者生活介護(※注)							
介		福祉用具貸与							
		特定福祉用具販売							
護									
給		居宅介護支援	NAZ 21 Nov	THE AND ALL ROLL AND A STATE OF THE AND ADDRESS AND AD	and the shape an				
	húlt	介護老人福祉施設	※生活	保護法第54条の2第2項	により指定したとみなされ、	るため、	中請は小	要です。	
付		介護老人保健施設							
	介護	介護療養型医療施設							
	収	介護医療院							
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護							
		夜間対応型訪問介護							
		認知症対応型通所介護							
	域	小規模多機能型居宅介護							
	密着	認知症対応型共同生活介護(※注)							
	型型	地域密着型特定施設入居者生活介護(※注)							
		地域密着型介護老人福祉施設(入所者生活介護)	※生活	保護法第54条の2第2項	により指定したとみなされる	るため、	申請は不	要です。	
		看護小規模多機能型居宅介護							
		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							
		介護予防通所リハビリテーション							
		介護予防短期入所生活介護	ļ						
		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(※注)							
		介護予防福祉用具貸与							
		特定介護予防福祉用具販売							
		介護予防支援(地域包括支援センター)							
		介護予防認知症対応型通所介護	<u> </u>						
	密	介護予防小規模多機能型居宅介護	<u> </u>			 			
	着型	介護予防認知症対応型共同生活介護(※注)							
	В	訪問型サービス							
	日常生	通所型サービス							
	生活 支	その他の生活支援サービス							
	援	介護予防ケアマネジメント							

(※注) 「入居に関する契約書」のひな型、「入居に関する重要事項説明書」等入居に係る利用料が分かる書類を添付して下さい。

 令和
 年
 月
 日

 吹
 田
 市
 長
 宛

住 所 (申請者が法人の場合は法人の主たる事務所の所在地)

申請者 〒 - (開設者)

注 意 事 項

- <u>介護保険法の「介護事業者指定通知書」の写しを添付して申請して下さい。</u>健康保険法に基づく保険医療機関及び保険薬局に指定されたことにより、介護保険法の介護事業者として指定されたとみなされた場合は不要です。
- 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

(申請書表面)

- 1 「施設又は事業所」欄は、今回生活保護法指定介護機関として指定を受けたい施設又は事業所の名称を記入して 下さい。
- ² 「開設者の氏名、生年月日及び住所」欄は、開設者が個人の場合は「代表者の職・氏名」欄、法人の場合「生年 月日」欄の記載は不要です。
- 3 「管理者の氏名、生年月日及び住所」欄は、介護保険法の規定に基づき配置した管理者の氏名等を記入して下さい。
- 4 「医療機関コード」欄は、保険医療機関、保険薬局等で既に医療機関コード等が付番されている場合に記入して 下さい。
- 5 「今回申請する施設・事業の種類」欄については裏面に記載して下さい。
- 6 「職員配置人員の状況」欄は、今回申請する各事業ごと、職種別に、申請時の実人員を記入して下さい。なお、 本様式にすべてを記入できない場合は、別紙(様式問わず)に必要事項を記入の上、添付して下さい。
- 7 「利用定員等」欄は、入院、入所(利用)定員を定めている場合に、申請時における数を記載して下さい。
- 8 「サービス費用基準額以外に必要な利用料の額」欄は、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入して下さい。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下さい。又、「入居に関する契約書」のひな型、「入居に関する重要事項説明書」等(入居に係る利用料が判る料金表が添付されていること。)を提出して下さい。

(申請書裏面)

- 9 「申請事業」欄は、今回指定申請する事業について、該当する欄すべてに「○」を記載して下さい。
- 10 「生活保護法等指定年月日」欄は、指定を希望する年月日を記載して下さい。
- 11 「生活保護法等既指定の年月日」欄は、既に生活保護法による指定を受けている事業につき、その指定を受けた 年月日を記載して下さい。
- 12 「介護保険法指定(許可)年月日」欄には、介護保険法の指定又は開設許可を受けた(受ける予定の)年月日を記載してください。
- 13 医療機関・診療所の通所リハビリテーション(介護予防を含む)の指定申請する場合は、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」の写しを添付して下さい。
- 14 「申請者(開設者)」の署名は、開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所所在地と、法人名及び代表者名を 記入して下さい。診療所等で開設者が個人の場合は、住所及び氏名を記入して下さい。

様式 第1号

チェック 棚	【申請書提出時チェックリスト】※記入後必ずご確認ください。
	介護保険事業所番号は正確に記載されていますか。
	介護事業所の場合、「事業所の名称」「事業所の所在地」「サービスの種類」は介護保険法の指定通知書に記載されている名称と相違ありませんか。
	病院・診療所・薬局の場合、「事業所の名称」「事業所の所在地」は健康保険法の指定通知書に記載されている名称 と相違ありませんか。
	申請するサービスのすべてに○が記載されていますか。 (特に介護予防の申請漏れはありませんか。)
	誓約書は「指定介護機関用(生活保護法第54条の2第4項において準用する同法第49の2第2項第2号から第9号までに 該当しない旨の誓約書)」ですか。
	申請書・誓約書以外の書類が混じっていませんか。(登記簿や管理者の資格証や履歴書等は必要ありません)
	指定年月日は申請日以降になっていますか。原則指定を遡る事はできません。特別な事情があり指定の遡及を希望する場合は、福祉事務所に相談の上遅延理由書に遡及の理由を記載して下さい。
	介護保険法の指定(許可)年月日は正確に記載されていますか。なお、介護保険法施行法の規定に基づき指定があったとみなされたものについては「12.4.1」と記載し、介護保険法施行令等の一部を改正する政令(平成18年政令第154号)附則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「18.4.1」と記載ください。
	平成26年7月1日以降に介護保険の指定を受けたサービスは、生活保護法等による指定を受けたものとみなされること (みなし指定)になりますので、指定申請書の提出は不要です。

※本チェックリストは提出不要です。