

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、次のとおり指定申請します。

1. 介護機関の名称、所在地及び連絡先

開設日 年 月 日

介護保険事業所番号									
フリガナ 事業所の名称									
事業所の所在地	〒								
連絡先	電話番号								

2. 開設者の名称、住所及び生年月日

開設者	法人名称及び代表者職・氏名 (個人の場合は個人氏名)	主たる事務所の所在地 (個人の場合は自宅住所)	生年月日 (個人の場合のみ)
		〒	年 月 日

3. 管理者の氏名、住所及び生年月日

管理者	氏名	住所	生年月日
		〒	年 月 日

4. 申請するサービスについて該当する事業の種類にチェックしてください

居宅介護	☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 居宅療養管理指導 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリテーション ☐ 短期入所生活介護 ☐ 短期入所療養介護 ☐ 特定施設入居者生活介護★ ☐ 福祉用具貸与 ☐ 特定福祉用具販売	地域密着型サービス	☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ☐ 夜間対応型訪問介護 ☐ 地域密着型通所介護 ☐ 認知症対応型通所介護 ☐ 介護予防認知症対応型通所介護 ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 介護予防小規模多機能型居宅介護 ☐ 認知症対応型共同生活介護★ ☐ 介護予防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★ ☐ 看護小規模多機能型居宅介護	
	介護予防	☐ 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 ☐ 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★ ☐ 介護予防福祉用具貸与 ☐ 特定介護予防福祉用具販売	施設	☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 介護医療院
			介護予防・日常生活支援	☐ 予防訪問事業 ☐ 予防通所事業 ☐ 生活援助訪問事業 ☐ 介護予防ケアマネジメント
				☐ 居宅介護支援 ☐ 介護予防支援
生活保護法第54条の2第5項において準用する同法第49条の2第2項第2号から第9号まで(指定欠格事由)に該当しない旨の誓約事項		該当しない場合は☑を入れてください。 (必ず別紙の指定欠格事由を確認の上、 チェックを入れてください。)		(チェック欄) ☐
指定希望年月日(年 月 日)				

★印のサービスを申請する場合は、入居料、賃料、居住費、食費がわかる資料(運営規定等)を添付してください

年 月 日

枚方市長様

住所(申請者が法人の場合は法人の主たる事業所の所在地)

申請者 〒
(開設者)

電話

氏名(申請者が法人の場合は法人名及び代表者の職・氏名)

注意事項

1. この書類は、枚方市福祉事務所に提出してください。
2. 貴機関が指定された場合には、枚方市で告示するほか、指定通知書により申請者に通知します。

記載要領

1. 介護保険法による指定を受けた事業所又は施設(介護保険事業所番号)ことに記載してください。
2. 「介護保険事業所番号」欄は、介護保険法により付番された番号を記載してください。医療機関については、医療機関コードを記載してください。
3. 「事業所の名称」欄は略称等を用いることなく、介護保険法による指定を受けた正式な名称を記載してください。
4. 「開設者氏名」欄は、開設者が個人の場合、開設者本人の氏名、住所を記載してください。
法人の場合には、法人名称、代表者の職・氏名を記載、住所は主たる事務所の所在地を記載してください。法人の場合、生年月日は不要。
5. 「管理者」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ください。
6. 申請者(開設者)は、法人の場合、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。