

生活保護法等指定介護機関指定申請書

(中国残留邦人等支援法の介護支援給付指定介護機関の指定を含む)

生活保護法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規定される指定介護機関の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

介護保険事業所番号									
事業所の名称	フリガナ								
事業所の所在地	〒								
連絡先	電話番号					FAX番号			
開設者	氏名(法人の場合は法人の名称及び代表者の職氏名)						生年月日(法人の場合は不要)		
	フリガナ						年 月 日		
	住所(法人の場合は主たる事務所の所在地)								
〒									
管理者	氏名						生年月日		
							年 月 日		
	住所								
	〒								
医療機関コード									

施設又は実施する事業の種類	裏面に記載のこと
生活保護法指定希望年月日	
既指定の年月日	
介護保険法の指定年月日	

サービス費用基準額以外に必要な利用料の額がある場合には以下にご記入ください。(行が不足する場合は、追加してください。)

実施する事業等の種類	サービス費用基準額以外に必要な利用料の額

*** 必ず介護保険法（医療機関の場合は健康保険法）の指定通知写しを添付願います。**

年 月 日

静岡県知事 様

申請者(開設者)

住所 (開設者が法人の場合は法人の主たる事務所所在地)
〒

氏名 (開設者が法人の場合は法人の名称及び代表者職氏名)

事務担当者名

担当者電話番号

(裏面)

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に○を記入)		生活保護法 指定希望年月日	既指定の 年月日	介護保険法の 指定年月日
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			
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			
居宅介護支援	居宅介護支援			
	介護予防支援			
施設	介護老人福祉施設		みなし指定	
	地域密着型介護老人福祉施設		みなし指定	
	介護老人保健施設			
	介護療養型医療施設			
	介護医療院			
日常生活支援・ 介護予防	訪問型サービス			
	通所型サービス			
	その他の生活支援サービス			
	介護予防ケアマネジメント			
(地域密着型) 居宅介護	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			
	小規模多機能型居宅介護			
	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			
	看護小規模多機能型居宅介護			
(地域密着型) 介護予防	介護予防認知症対応型通所介護			
	介護予防小規模多機能型居宅介護			
	介護予防認知症対応型共同生活介護			