

生活保護法等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（以下、「中国残留邦人等支援法」という）第14条第4項においてその例によるものとされた生活保護法第54条の2第1項の規定に基づく指定機関を含む。）の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

事業所の名称														
所在地		〒												
連絡先		電話番号				FAX番号								
管理者氏名						管理者生年月日				年 月 日				
管理者住所		〒												
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）			介護保険法の指定を受けている事業等											
			介護保険法指定年月日				介護保険事業者番号							
施設 介護	地域密着型介護老人福祉施設	☒	みなし指定											
	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	☐												
特定福祉用具販売														
特定介護予防福祉用具販売														
居宅介護支援事業														
地域包括支援センター														
職員配置の状況			別紙に記載のこと											
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														
中国残留邦人等支援法第14条4項において、その例とされた指定を希望しない場合は、希望しないに○を記入。			希望しない											

年 月 日（申請年月日）

（宛先）岡崎市長
〒
住 所

申請者（開設者）

氏 名 ()

() 本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

生年月日 年 月 日

<注意事項>

1. この申請書の提出先は、事業所の所在地によって変わります。
 - ・事業所の所在地が名古屋市内の場合・・・各区役所民生子ども課
 - ・ " が豊橋市内の場合・・・豊橋市役所障害福祉課
 - ・ " が岡崎市内の場合・・・岡崎市役所地域福祉課
 - ・ " が豊田市内の場合・・・豊田市役所生活福祉課
 - ・ " がその他の市町村内の場合・・・愛知県庁地域福祉課まで提出してください。
2. 貴機関等が指定された場合には、県告示又は市告示により公示するほか、指定通知書により通知します。

<記載要領>

1. 介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が申請する場合には、その施設について記載してください。福祉用具事業者、介護予防福祉用具事業者、居宅介護支援事業者及び地域包括支援センターが申請する場合には、事業所ごと(介護保険事業者番号ごと)に申請書を提出してください。
2. 「事業所の名称」欄は、略称等を用いることなく、介護保険法による開設認可又は指定を受けた正式な名称を用いて記載してください。
3. 「管理者氏名」欄は、介護保険法等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。
4. 「施設又は実施する事業の種類」欄は、今回申請する事業について、該当する欄に「○」を記載してください。
5. 指定日は、原則申請日と同日としますが、申請日以前に、生活保護を受給している者に対して介護サービスを提供した場合に限り、御記入ください。また申請日が介護保険法の指定日より以前の場合は、介護保険法の指定日が生活保護法の指定介護機関の指定日となります。
6. 「介護保険法の指定を受けている事業等」欄は、該当する欄に介護保険法の指定又は開設許可を受けた年月日及び介護保険事業者番号を記載して下さい。申請中の場合は、「指定等年月日」欄に「申請中」と記載して下さい。なお、介護保険法施行法等関係法令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「12.4.1」、「18.4.1」と記載して下さい。
7. 「職員配置の状況」欄は、事業等ごとに、職種別に、申請時の実人員の数を記載してください。
8. 「利用定員等」欄は、入院、入所(利用)定員を定めている場合に、事業等ごとに、申請時における数を記載してください。
9. 中国残留邦人等支援法第14条4項によりその例とされた指定を希望しない場合は、希望しないに○を記入してください。
10. 申請者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地を記載し、代表者印を押印してください。

(別 紙)

実施する事業等の種類		職員配置の状況（人）				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	
		職 種	常 勤		非常勤			
			専従	兼務	専従	兼務		
施設介護	地域密着型介護老人福祉施設	—	—	—	—	—	みなし指定	
	介護老人福祉施設	—	—	—	—	—	みなし指定	
	介護老人保健施設	医 師						
		薬 剤 師						
		看 護 職 員						
		介 護 職 員						
		支 援 相 談 員						
		理学・作業療法士						
		栄 養 士						
	介護支援専門員							
	介護療養型医療施設	医 師						
		看 護 職 員						
		介 護 職 員						
		理学・作業療法士						
		介護支援専門員						
	精神保健福祉士等							
特定福祉用具販売	専 門 相 談 員							
特定介護予防福祉用具販売	専 門 相 談 員							
居宅介護支援事業	介護支援専門員							
地域包括支援センター	介護支援専門員							
	保健師							
	社会福祉士							
	経験ある看護師							
	高齢者保健福祉に 関する相談業務等 に３年以上従事し た社会福祉主事							

「指定日」は原則として申請日と同日としますが、特別の理由がある場合は記入をしてください。この場合、当該理由の□にチェックしてください。

なお、理由の2及び3は、既に生活保護法等(中国残留邦人等支援法第14条4項によりその例とされた場合を含む)において指定介護機関としての指定を受けている事業所に記入していただくことになりますが、この場合は「廃止(休止)届書」も同時に提出してください。

特別に指定日の希望がある場合は、下記に記入してください。

希 望 日 有 ・ 無

< 指定希望日 >

施設又は実施する事業の種類	指定希望年月日	施設又は実施する事業の種類	指定希望年月日
地域密着型介護老人福祉施設	みなし指定	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	
特定福祉用具販売		特定介護予防福祉用具販売	
居宅介護支援事業		地域包括支援センター	

< 理由 >

- ☐ 1 指定希望日に、生活保護又は支援給付を受給している者に対して介護サービスを提供したため。
- ☐ 2 指定希望日に、開設者の変更(法人格の変更、法人化等を含む)があったため。
- ☐ 3 指定希望日に、事業所が移転したため。
- ☐ 4 その他(具体的に記入：)

生活保護法等指定介護機関指定申請書（記入例）

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（以下、「中国残留邦人等支援法」という）第14条第4項においてその例によるものとされた生活保護法第54条の2第1項の規定に基づく指定機関を含む。）の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

事業所の名称		おかざきデイサービスセンター											
所在地		〒444-1234 岡崎市岡崎町1丁目1番1号											
連絡先		電話番号	(0564) 11-1234					FAX番号	(0564) 11-1234				
管理者氏名		岡崎 太郎					管理者生年月日	昭和40 年 1 月 1 日					
管理者住所		〒444-1234 岡崎市岡崎町3丁目3番3号											
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)		介護保険法の指定を受けている事業等											
		介護保険法指定年月日	介護保険事業者番号										
施設 介護	地域密着型介護老人福祉施設	みなし指定											
	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												
特定福祉用具販売													
特定介護予防福祉用具販売													
居宅介護支援事業		○	H26. 4. 1	2	3	7	2	7	0	0	1	2	3
地域包括支援センター													
職員配置の状況		別紙に記載のこと											
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													
中国残留邦人等支援法第14条4項において、その例とされた指定を希望しない場合は、希望しないに○を記入。		希望しない											

令和元年 6 月 1 日（申請年月日）

・申請者が法人の場合は、事務所の所在地及び法人名と代表者の職・氏名を記入

（宛先）岡崎市長

〒444-1234
住 所 岡崎市岡崎町2丁目2番2号

申請者（開設者）

・申請者（開設者）が個人の場合は、生年月日を記入（法人の場合は記入不要）

氏 名 株式会社〇〇
代表取締役 岡崎 太郎 （ ）

（ ）本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

生年月日 年 月 日

(別 紙)

実施する事業等の種類		職員配置の状況（人）				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	
		職 種	常 勤		非常勤			
			専従	兼務	専従	兼務		
施設介護	地域密着型介護老人福祉施設	—	—	—	—	—	みなし指定	
	介護老人福祉施設	—	—	—	—	—	みなし指定	
	介護老人保健施設	医 師						
		薬 剤 師						
		看 護 職 員						
		介 護 職 員						
		支 援 相 談 員						
		理学・作業療法士						
		栄 養 士						
		介護支援専門員						
	介護療養型医療施設	医 師						
		看 護 職 員						
		介 護 職 員						
		理学・作業療法士						
		介護支援専門員						
		精神保健福祉士等						
	特定福祉用具販売	専門相談員						
	特定介護予防福祉用具販売	専門相談員	1				35	
	居宅介護支援事業	介護支援専門員						
	地域包括支援センター	介護支援専門員						
		保健師						
		社会福祉士						
		経験ある看護師						
		高齢者保健福祉に 関する相談業務等 に３年以上従事し た社会福祉主事						

「指定日」は原則として申請日と同日としますが、特別の理由がある場合は記入をしてください。この場合、当該理由の□にチェックしてください。

なお、理由の2及び3は、既に生活保護法等(中国残留邦人等支援法第14条4項によりその例とされた場合を含む)において指定介護機関としての指定を受けている事業所に記入していただくことになりますが、この場合は「廃止(休止)届書」も同時に提出してください。

特別に指定日の希望がある場合は、下記に記入してください。

希 望 日 有 ・ (無)

< 指定希望日 >

施設又は実施する事業の種類	指定希望年月日	施設又は実施する事業の種類	指定希望年月日
地域密着型介護老人福祉施設	みなし指定	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	
特定福祉用具販売		特定介護予防福祉用具販売	
居宅介護支援事業		地域包括支援センター	

< 理由 >

- ☐ 1 指定希望日に、生活保護又は支援給付を受給している者に対して介護サービスを提供したため。
- ☐ 2 指定希望日に、開設者の変更(法人格の変更、法人化等を含む)があったため。
- ☐ 3 指定希望日に、事業所が移転したため。
- ☐ 4 その他(具体的に記入：)