様式第24号(第15条関係)

(表面)

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4項において準用する同法第49条の2の規定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項においてその例によることとされる同法の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  事業所名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  事業所所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号(　　　　─　　　　─　　　　)　FAX(　　　　─　　　　─　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開設者の氏名、生年月日及び住所 | | 氏名  (名称等) | フリガナ | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
|  | | | |
| 住所  (所在地) | 〒  電話番号(　　　　─　　　　─　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※法人の場合は「氏名(名称)」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者の氏名、生年月日及び住所 | | 氏名  (名称等) | フリガナ | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
|  | | | |
| 住所  (所在地) | 〒  電話番号(　　　　─　　　　─　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設又は実施する事業の種類 | | | 申請事業 | 介護保険法指定日 | 施設又は実施する事業の種類 | | 申請事業 | 介護保険法指定日 | 介護保険事業者番号 | | | | | | | | | |
| 居宅介護 | 訪問介護 | |  |  | 介護予防 | 介護予防訪問介護 |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問入浴介護 | |  |  | 介護予防訪問入浴介護 |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問看護 | |  |  | 介護予防訪問看護 |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問リハビリテーション | |  |  | 介護予防訪問リハビリテーション |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅療養管理指導 | |  |  | 介護予防居宅療養管理指導 |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所介護 | |  |  | 介護予防通所介護 |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所リハビリテーション | |  |  | 介護予防通所リハビリテーション |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 短期入所生活介護 | |  |  | 介護予防短期入所生活介護 |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 短期入所療養介護 | |  |  | 介護予防短期入所療養介護 |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福祉用具貸与 | |  |  | 介護予防福祉用具貸与 |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特定福祉用具販売 | |  |  | 特定介護予防福祉用具販売 |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅介護支援事業 | | |  |  | 介護予防支援事業 | |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 地域密着型サービス | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | |  |  |  |  |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜間対応型訪問介護 | |  |  |  |  |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 認知症対応型通所介護 | |  |  | 介護予防認知症対応型通所介護 | |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | |  |  |  |  |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | |  |  |  |  |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | |  |  |  |  |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 地域密着型通所介護 | |  |  |  |  |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施設介護 | 介護老人福祉施設(生活保護法第54条の2第2項による「みなし指定」のため、申請は不要) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護老人保健施設 | | | | | |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護療養型医療施設 | | | | | |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護医療院 | | | | | |  |  | 0 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |

　年　　月　　日

　　福島市長

〒

住所

申請者(開設者)

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面）

（注意）

１　この書類は、福島市長宛てに直接又は所在地若しくは住所地を所管する福祉事務所を経由して提出してください。

２　貴機関等が指定された場合には、福島市告示等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　開設する事業所ごとに記載してください。ただし、同事業者であっても介護保険法による介護保険事業者番号が、実施する事業の種類により異なる場合には、それぞれの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　「事業所名称」は、略称等を用いることなく、介護保険法による開設許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　開設者が法人の場合、「氏名（名称等）」に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所（所在地）」に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。

　※　開設者が法人の場合、生年月日については記載の必要はありません。

４　「管理者氏名」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。

５　「申請事業」欄は、今回申請する事業について、該当する欄に全て○を記載してください。なお、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設については、生活保護法第54条の２第２項に基づき、みなし指定となるため、本申請は必要ありません。

６　「介護保険法指定日」欄は、介護保険法の指定又は開設許可を受けた年月日を記載してください。申請中の場合は、欄内に「申請中」と記載してください。

７　申請者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の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。

８　申請者（開設者）の署名は、法人の場合は、名称、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。