

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  
偶者の自立の支援に関する

- ・指定介護保険事業所の指定通知書に記載の名称
- ・医療機関・薬局の場合は、保健医療機関・保険薬局の指定通知書に記載の名称

された生活保護法第54条の2第1項の規定(介護機関を含む。)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	アイチテイサービスセンター												
所在地	〒444-4321 一宮市一宮1丁目1番1号												
連絡先	電話番号	(0555) 11-1234					FAX番号	(0555) 11-1234					
管理者氏名	愛知 太郎					管理者生年月日	昭和40年 1月 1日						
管理者住所	〒444-1234 愛知市愛知3丁目3番3号												
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										
介護 予 防	介護予防訪問介護												
	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												
	介護予防通所介護	○	H26.4.1	2	3	7	2	7	0	0	1	2	3
	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												
	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													
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												

申請者が法人の場合は、事務所の所在地及び法人名とその代表者の職・氏名を記入。

令和3年 6月 1日 (申請年月日)

(あて先) 一宮市長

住所 〒444-4321  
一宮市一宮1丁目1番1号

申請者 (開設者)

氏名 株式会社 アイリス  
代表取締役 愛知 太郎

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)

生年月日 年 月 日

(別紙)

実施する事業の種類	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		
介護予防訪問介護	訪問介護員等						
介護予防訪問入浴介護	看護職員 介護職員						
介護予防訪問看護	看護職員 理学・作業療法士 言語聴覚士						
介護予防訪問リハビリテーション	理学・作業療法士 言語聴覚士						
介護予防居宅療養管理指導	医師					20	食費等を記入。 食費 500円
	歯科医師						
	薬剤師						
	看護職員						
	歯科衛生士						
	管理栄養士						
介護予防通所介護	生活相談員	1	1			20	食費 500円
	看護職員		1		1		
	介護職員	2		4	1		
介護予防通所リハビリテーション	機能訓練指導員		1	1			
	医師						
	理学・作業療法士 言語聴覚士						
介護予防短期入所生活介護	看護職員						
	介護職員						
	医師						
	生活相談員						
	栄養士						
	機能訓練指導員						
介護予防短期入所療養介護	医師						
	薬剤師						
	看護職員						
	介護職員						
	理学・作業療法士						
	支援相談員						
	栄養士						
	介護支援専門員						
介護予防特定施設入居者生活介護	精神保健福祉士等						
	生活相談員						
	看護職員						
	介護職員						
	機能訓練指導員						
介護予防福祉用具貸与	計画作成担当者						
	専門相談員						
介護予防認知症対応型通所介護	生活相談員						
	看護職員						
	介護職員						
介護予防小規模多機能型居宅介護	機能訓練指導員						
	介護従業者						
	看護職員						
介護予防認知症対応型共同生活介護	介護支援専門員						
	介護従業者						

食費等を記入。

入居利用料を記入。(住宅扶助の範囲内)

入居利用料を記入。(住宅扶助の範囲内)

※ 「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となりますが、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>

実施する事業の種類	指定希望年月日	実施する事業の種類	指定希望年月日
介護予防訪問介護		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		介護予防通所介護	<b>R1.5.1</b>
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		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	

<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： \_\_\_\_\_ )