

# 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(同項第1号及び第2号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措置)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(同項第1号及び第2号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措置)の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

指定介護保険事業所の指定通知書に記載の名称

事業所の名称	<b>アイリスデイサービスセンター</b>			
所在地	〒 <b>444-4321</b> <b>一宮市一宮1丁目1番1号</b>			
連絡先	電話番号	<b>(0555) 11-1234</b>	FAX番号	<b>(0555) 11-1234</b>
管理者氏名	<b>愛知 太郎</b>		管理者生年月日	<b>昭和40年1月1日</b>
管理者住所	〒 <b>444-1234</b> <b>愛知市愛知3丁目3番3号</b>			
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	<input checked="" type="checkbox"/>	みなし指定	
	介護老人福祉施設	<input checked="" type="checkbox"/>	みなし指定	
	介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>		
	介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>		
	特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>		
	特定介護予防福祉用具販売	<input type="checkbox"/>		
	居宅介護支援事業	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>H26. 4. 1</b>	<b>2 3 7 2 7 0 0 1 2 3</b>
	地域包括支援センター	<input type="checkbox"/>		
職員配置の状況	別紙に記載のこと			
利用定員等	別紙に記載のこと			
サービス費用基準額以外に必要な利用料の額	別紙に記載のこと			
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**

申請者(開設者)

**一宮市一宮1丁目1番1号**

氏名

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)

**株式会社 アイリス**  
**代表取締役 愛知 太郎**

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
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	
施設介護	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					
施設介護	介護療養型医療施設	介 護 支 援 専 門 員					
		医 師					
		看 護 職 員					
		介 護 職 員					
		理学・作業療法士					
施設介護	介護療養型医療施設	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	<b>1</b>				<b>35</b>	
居宅介護支援事業	介 護 支 援 専 門 員						
施設介護	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>

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： \_\_\_\_\_ )