

生活保護法 中国残留邦人等支援法

指定介護機関指定申請書

生活保護法（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項により生活保護法の規定の例によるとされる場合を含む。）第54条の2第1項の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

名 称 (事業を行う事業所名)											
所 在 地 (事業を行う事業所の住所)											
連 絡 先	電話番号	— —		FAX番号	— —		〒	—			
管 理 者 氏 名											
医療機関コード等											
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○を印すること】											
介護保険法の指定等年月日						年		月		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 訪問入浴介護								
	訪問入浴介護		介護予防 訪問看護								
	訪問看護		介護予防 訪問リハビリテーション								
	訪問リハビリテーション		介護予防 居宅療養管理指導								
	居宅療養管理指導		介護予防 通所リハビリテーション								
	通所介護		介護予防 短期入所生活介護 ◆								
	通所リハビリテーション		介護予防 短期入所療養介護 ◆								
	短期入所生活介護 ◆		介護予防 特定施設入居者生活介護 ★								
	短期入所療養介護 ◆		介護予防 福祉用具貸与								
	特定施設入居者生活介護 ★										
	福祉用具貸与										
	居宅介護支援事業		介護予防支援事業								
地 域 密 着 型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	介護予防 定期巡回・随時対応型訪問介護看護									
	複合型サービス	介護予防 複合型サービス									
	夜間対応型訪問介護										
	認知症対応型通所介護	介護予防 認知症対応型通所介護									
	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									
	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 ★									
	地域密着型特定施設入居者生活介護 ★										
	地域密着型通所介護										
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ★											
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、申請は不要です。）										
	介護老人保健施設										
	介護医療院										
特定福祉用具販売			特定介護予防福祉用具販売								
職員配置の状況		別 紙 の と お り									
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											
遡及適用		理 由									
遡及しない		遡及希望日	年 月 日								

◆印のサービスを申請する場合は、利用料金の確認が必要なので、運営規定を必ず添付してください。

★印のサービスを申請する場合は、サービス費用基準額以外に必要な利用料の額がわかるものが必要です。

既に生活保護受給者に対する事業の実施（サービス提供等）を行っている場合は、指定日を遡及して指定する場合があります。遡及を必要とする場合は、必ず理由を書いてください。

令和 年 月 日

高 知 県 知 事 殿

申請者住所

申請者氏名

(裏面)

【注意事項】

1. この書類は、高知県知事あてに、直接高知県子ども・福祉政策部福祉指導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医療院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。居宅介護支援事業者が申請する場合には、その開設する事業所ごとに記載してください。
2. 「名称」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」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. 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等を有する場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正してそのすべてを記載してください。
5. 「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、該当する欄にすべて「○」を記載してください。なお、介護老人福祉施設については「みなし」と記載してください。
6. 「既指定の年月日」欄は、既に本法による指定を受けている事業等につき、その指定を受けた年月日を記載してください。なお、介護保険法施行法等関係法令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」と記載してください。
7. 「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ください。申請中の場合は、「指定等年月日」欄に「申請中」と記載してください。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」と記載してください。
8. 「職員配置の状況」欄は、各事業等ごとに、職種別に、申請時の実人員の数を記載してください。ただし、介護老人福祉施設については、職種別の区分は必要ありません。
9. 「利用定員等」欄は、入院、入所(利用)定員を定めている場合に、各事業等ごとに、申請時における数を記載してください。
10. 「サービス費用基準額以外に必要な利用料の額」欄は、認知症対応型共同生活介護及び特定施設入所者生活介護各事業の場合に限り、各事業ごとに、定めている利用料すべてについて、特に入居に係る利用料とそれ以外が明確に区別されるように記載してください。
11. 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てください。
12. 遡及して指定をしたい場合は、遡及適用に○をつけ、その理由及び希望年月日を必ず記載してください。