

生活保護法指定介護機関指定申請書

生活保護法第54条の2第1項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項により、中国残留邦人等及び特定配偶者に対する介護支援給付の指定申請も兼ねます。

フリガナ															
事業所名称															
事業所所在地		(〒 -)													
連絡先		電話番号					FAX番号								
管理者氏名		管理者生年月日			昭・平		年		月		日				
医療機関コード		介護保険事業所番号			1		4								
施設または実施する事業の種類 (該当サービス種類に✓をいれてください)				生活保護受給者へのサービス提供開始 (予定)年月日				施設または実施する事業の種類 (該当サービス種類に✓をいれてください)				生活保護受給者へのサービス提供開始 (予定)年月日			
介護給付	<input type="checkbox"/>	訪問介護			施設介護	<input type="checkbox"/>	介護老人福祉施設								
	<input type="checkbox"/>	訪問入浴介護				<input type="checkbox"/>	介護老人保健施設								
	<input type="checkbox"/>	訪問看護				<input type="checkbox"/>	介護療養型医療施設								
	<input type="checkbox"/>	訪問リハビリテーション				<input type="checkbox"/>	介護医療院								
	<input type="checkbox"/>	居宅療養管理指導				<input type="checkbox"/>	介護予防訪問入浴介護								
	<input type="checkbox"/>	通所介護			予防給付	<input type="checkbox"/>	介護予防訪問看護								
	<input type="checkbox"/>	通所リハビリテーション				<input type="checkbox"/>	介護予防訪問リハビリテーション								
	<input type="checkbox"/>	短期入所生活介護				<input type="checkbox"/>	介護予防居宅療養管理指導								
	<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護				<input type="checkbox"/>	介護予防通所リハビリテーション								
	<input type="checkbox"/>	短期入所者療養介護(介護医療院)				<input type="checkbox"/>	介護予防短期入所生活介護								
	<input type="checkbox"/>	特定施設入居者生活介護(※)				<input type="checkbox"/>	介護予防短期入所療養介護								
	<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与				<input type="checkbox"/>	介護予防短期入所療養介護(介護医療院)								
	<input type="checkbox"/>	特定福祉用具販売				<input type="checkbox"/>	介護予防特定施設入居者生活介護(※)								
	<input type="checkbox"/>	居宅介護支援				<input type="checkbox"/>	介護予防福祉用具貸与								
	<input type="checkbox"/>	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				<input type="checkbox"/>	特定介護予防福祉用具販売								
	<input type="checkbox"/>	夜間対応型訪問介護				<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型通所介護								
	<input type="checkbox"/>	認知症対応型通所介護				<input type="checkbox"/>	介護予防小規模多機能型居宅介護								
	<input type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護				<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型共同生活介護(※)								
	<input type="checkbox"/>	認知症対応型共同生活介護(※)				<input type="checkbox"/>	介護予防支援								
	<input type="checkbox"/>	地域密着型特定施設入居者生活介護(※)				総合事業	<input type="checkbox"/>	訪問型サービス							
<input type="checkbox"/>	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			<input type="checkbox"/>	通所型サービス										
<input type="checkbox"/>	看護小規模多機能型居宅介護			<input type="checkbox"/>	その他の生活支援サービス										
<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護			<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメント										

(※)のついているサービスは、事業所の設定する利用料金が記載された書類の写しを添付してください。

【指定日の遡及申請記入欄】 遡っての指定日を申請する場合はご記入ください。

① 指定介護機関の希望する指定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

② 生活保護法による指定日を遡る必要がある理由

・生活保護受給者に対し、_____ 年 _____ 月 _____ 日からサービス提供(事業実施)をしているため。

・その他(_____)

【誓約事項】

生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号まで(指定欠格事由)に該当しない旨の誓約 (✓をいれてください)

(申請日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

(開設者※) 主たる事務所の所在地(開設者の住所)

(申請先) 横浜市長

※ 法人は、主たる事務所の所在地、法人名称、代表者の職名及び氏名、生年月日を記載。法人以外は開設者の住所、氏名、生年月日を記載。

法人名称

代表者職名及び氏名(開設者氏名)

代表者生年月日(開設者生年月日)

昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日