

生活保護法指定介護機関指定申請書  
中国残留邦人等支援法指定介護機関指定申請書

記入例

令和 年 月 日

奈良市長

開設者が法人等：法人の主たる事務所の所在地、法人名・代表者名及び法人印を押印(朱肉印を使用)

開設者が個人：開設者の住所と氏名、開設者の印鑑を押印(朱肉印を使用)

〒 住 所 保護第二課への申請日

氏 名 印

申請者

生活保護法第54条の2第1項及び中国残留邦人等支援法第14条第4項に基づき、次のとおり指定を申請します。

|               |  |                                  |                      |              |           |
|---------------|--|----------------------------------|----------------------|--------------|-----------|
| ふりがな          |  |                                  |                      |              |           |
| 名称            |  |                                  |                      |              |           |
| 所在地           |  | 事業所の名称及び所在地は、介護保険法の申請と同様にしてください。 |                      |              |           |
| 連絡先           |  | 電話番号                             | FAX番号                |              |           |
| 介護保険事業者番号     |  | 2971111111                       |                      |              |           |
| 施設又は実施する事業の種類 |  | 申請する事業                           | 生活保護受給者へのサービス提供開始年月日 | 生活保護法既指定の年月日 |           |
| 介護給付          | 居宅介護   | 訪問介護                             |                      | H25. 4. 1    |           |
|               |  | 訪問入浴介護                           |                      |              |           |
|               |  | 訪問看護                             |                      |              |           |
|               |  | 訪問リハビリテーション                      |                      |              |           |
|               |  | 居宅療養管理指導                         |                      |              |           |
|               |  | 通所介護                             |                      |              |           |
|               |  | 通所リハビリテーション                      | ○                    | R1. 5. 1     | H25. 5. 1 |
|               |  | 短期入所生活介護                         |                      |              |           |
|               |  | 短期入所療養介護                         |                      |              |           |
|               |  | 特定施設入居者生活介護                      |                      |              |           |
|               |  | 福祉用具貸与                           |                      |              |           |
|               | 特定福祉用具販売                                       |                                  |                      |              |           |
| 居宅介護支援事業      |  |                                  |                      |              |           |
| 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（介護療養型医療施設）                               |                                  |                      |              |           |

現在指定を受けている事業者番号を記載してください。

介護保険事業者番号欄に記載されている番号で、既に生活保護法による指定を受けている場合のみ、当該指定年月日を記載してください。

今回申請する事業にのみ「○」印をつけ、生活保護受給者へのサービス提供予定年月日を記載してください。

介護保険法による指定年月日を記載してください。