

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。