

介護事業所番号

1	4								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

(介護事業所番号が付番がされていない場合は記入不要です)

介護保険法による指定又は開設許可を受けた事業所又は施設を、介護保険事業所番号毎に記載してください。

介護保険法指定申請連絡票(生活保護みなし指定)

1 介護機関の名称・所在地及び連絡先

事業所名称	ふりがな		「事業所名称」欄は、略称等を用いることなく、介護保険法による指定又は開設許可を受けた正式な名称を記載してください。
事業所所在地	〒		
事業所連絡先			

「事業所連絡先」欄は、記載内容の問い合わせができる連絡先及び担当者氏名

者氏名) ※本紙内容について、問合せが可能な番号、担当者を記載してください

2 開設者の名称及び住所

※開設者氏名欄…開設者が法人の場合は法人名、代表者欄に代表者名を、法人以外の場合は代表者名を記載してください。
 ※開設者住所欄…開設者が法人の場合は法人の所在地を、法人以外の場合は代表者の住所を記載してください。

開設者氏名(名称)	ふりがな		代表者	ふりがな		「開設者名称・代表者・住所」欄は、介護保険法又は厚生局に届け出たものと同じ内容を
			職名			
開設者住所(所在地)	〒					

3 管理者の氏名及び住所

管理者氏名	ふりがな		管理者住所	
-------	------	--	-------	--

「管理者氏名」欄は、介護保険法の規定に基づき配置した管理者の氏名を記載して下さい。また、管理者の住所はご自宅を記載してください。

4 事業の介護保険法による事業の指定又は開設許可年月日及び種類

(介護保険の指定又は開設許可年月日を記入し、該当する事業の種類にチェックをしてください。)

・介護保険の指定を受けた年月日

年	月	日
---	---	---

居宅サービス		介護予防サービス		施設サービス	
<input type="checkbox"/>	訪問介護	<input type="checkbox"/>	介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	介護老人福祉施設
<input type="checkbox"/>	訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/>	介護老人保健施設
<input type="checkbox"/>	訪問看護	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	通所介護	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護(介護医療院)	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	特定施設入居者生活介護(※)	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	介護予防・生活支援サービス	<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"/>	特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	訪問型サービス	<input type="checkbox"/>	看護小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/>	居宅介護支援 介護予防支援 介護予防ケアマネジメント	<input type="checkbox"/>	通所型サービス	<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	その他の生活支援サービス	<input type="checkbox"/>	地域密着型介護予防サービス
<input type="checkbox"/>	居宅介護支援	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型通所介護
<input type="checkbox"/>	介護予防支援	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	介護予防小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメント	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型共同生活介護(※)

・「指定を受けた年月日」欄及び、今回介護保険法による指定又は開設許可を受けたサービスについて、その開始年月日と、対象サービスに✓を記載してください。
 ・また、事業(サービス)種類が
 ①「(介護予防)認知症対応型共同生活介護」
 ②「(介護予防)特定施設入居者生活介護」
 ③「地域密着型特定施設入居者生活介護」
 のいずれかの場合は、利用料の内訳が明確に記載された資料の写しをこの連絡票に添付してください。

(※)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。