

# 生活保護法指定介護機関処分届書

生活保護法による指定を受けた事業所又は施設(介護保険事業所番号)ごとに記載してください。

次のとおり届け出ます。

フリガナ			
事業所名称		「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			
連絡先	電話番号	FAX番号	
医療機関コード		介護保険事業所番号	1
処分の種類		「処分の種類」欄は、生活保護法施行規則第14条に規定する処分を記載してください。	
施設または実施する事業の種類		処分年月日	施設または実施する事業の種類
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 短期入所者療養介護(介護医療院) <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <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"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護		令和元年5月15日	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護(介護医療院) <input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 特定介護予防福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 介護予防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"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防支援 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問型サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービス <input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント
<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 短期入所者療養介護(介護医療院) <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <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"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護			<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護(介護医療院) <input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 特定介護予防福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 介護予防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"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防支援 <input type="checkbox"/> 訪問型サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービス <input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント

・「施設または実施する事業の種類」欄より、今回届け出る全ての事業等に✓を記載してください。  
 ・「処分年月日」欄は、介護保険法で処分を受けた処分年月日を記載してください。

(届出日)

令和元年 5月 7日

(開設者※)

主たる事務所の所在地(開設者の住所)口

(届出先) 横浜市長

日付は、書類の提出日を記載してください。

事務所の所  
代表者の職  
年月日を記載。  
法人及び開設者の住所、氏  
名、生年月日を記載。

介護保険法や厚生局に届け出をした開設者の住所、名称、代表職種及び開設者氏名、生年月日を記載してください。

法人名

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