

生活保護法指定介護機関指定申請書

生活 自 フリガナ	・「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、「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を記載してください。また、「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ください。										残留邦人 援給付の	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。		
事業所名														
事業所所														
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				生活保護受給者への				施設または実施する事業の種類 (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	・医療機関、保険薬局、又は訪問看護ステーションとして医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード」欄に記載してください。 ・「介護保険事業所番号」欄には、介護保険法により付番された番号を記載してください。													
	・「申請する事業等」欄は、今回申請するすべての事業等に✓を記載してください。 ・「生活保護受給者へのサービス提供開始(予定)年月日」欄は、生活保護受給者に対するサービス提供を開始する年月日を記載してください。 ・生活保護受給者へのサービス提供開始(予定)年月日が申請書の提出当月より遡る場合は、「指定日の遡及申請記入」欄に記載が必要です。 ・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、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。													
	訪問介護													
	訪問入浴介護													
	訪問看護													
	訪問リハビリテーション											介護医療院		
	居宅療養管理指導											介護予防訪問入浴介護		
	通所介護													
	通所リハビリテーション													
	短期入所生活介護													
	短期入所療養介護													
	短期入所者療養介護(介護医療院)													
	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														
定期巡回・随時対応型訪問介護看護														
夜間対応型訪問介護											介護予防認知症対応型通所介護			
認知症対応型通所介護											介護予防小規模多機能型居宅介護			
小規模多機能型居宅介護											介護予防認知症対応型共同生活介護(※)			
認知症対応型共同生活介護(※)											介護予防支援			
地域密着型特定施設入居者生活介護(※)											訪問型サービス			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護											通所型サービス			
看護小規模多機能型居宅介護											その他の生活支援サービス			
地域密着型通所介護											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。

<p>【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</p> <p>①指定介護機関の希望する指定日 _____年 _____月 1日</p> <p>②生活保護法による指定日を遡る必要がある理由</p> <p>・生活保護受給者に対し、_____年 _____月 _____日からサービス提供</p> <p>・その他(_____)</p>	<p>・①に、遡って申請したい指定日を記載して下さい。この日付は、生活保護受給者へのサービス提供開始年月日と同一になります。</p> <p>・②に、遡る必要がある理由を記載してください。</p>
---	---

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) _____

日付は、書類の提出日を

該当項目を確認のうえ、✓

(申請先) 横浜市長 _____

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 _____

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。

代表者生年月日(開設者生年月日)

昭・平 _____年 _____月 _____日