

生活保護法指定介護機関 中国残留邦人等支援法指定介護機関 指定申請書

当介護機関は介護保険法の指定を受けており、生活保護法第54条の2第1項及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第14条第4項に基づき、次のとおり指定を申請します。

介護保険事業所番号	3	7							
事業所の名称									
事業所の所在地	〒								
連絡先	電話番号				FAX番号				
管理者	氏名	自宅住所			生年月日				
開設者	法人名称及び代表者職氏名 (個人の場合は個人氏名)	主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)			生年月日 (個人の場合のみ)				

【施設または実施する事業の種類】 申請するサービス種類の左枠に○をいれてください。

居宅介護	<input type="checkbox"/>	訪問介護	介護予防	<input type="checkbox"/>	介護予防訪問入浴介護	地域密着型サービス	<input type="checkbox"/>	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
	<input type="checkbox"/>	訪問入浴介護		<input type="checkbox"/>	介護予防訪問看護		<input type="checkbox"/>	夜間対応型訪問介護		
	<input type="checkbox"/>	訪問看護		<input type="checkbox"/>	介護予防訪問リハビリテーション		<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護		
	<input type="checkbox"/>	訪問リハビリテーション		<input type="checkbox"/>	介護予防居宅療養管理指導		<input type="checkbox"/>	認知症対応型通所介護		
	<input type="checkbox"/>	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"/>	介護予防認知症対応型通所介護		
	<input type="checkbox"/>	通所介護		<input type="checkbox"/>	介護予防短期入所生活介護		<input type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護		
	<input type="checkbox"/>	通所リハビリテーション		<input type="checkbox"/>	介護予防短期入所療養介護		<input type="checkbox"/>	介護予防小規模多機能型居宅介護		
	<input type="checkbox"/>	短期入所生活介護		<input type="checkbox"/>	介護予防特定施設入居者生活介護		<input type="checkbox"/>	認知症対応型共同生活介護		
	<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護		<input type="checkbox"/>	介護予防福祉用具貸与		<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型共同生活介護		
	<input type="checkbox"/>	特定施設入居者生活介護		<input type="checkbox"/>	特定介護予防福祉用具販売		<input type="checkbox"/>	地域密着型特定施設入居者生活介護		
	<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与		日常生活支援	<input type="checkbox"/>		訪問型サービス	施設	<input type="checkbox"/>	看護小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/>	特定福祉用具販売			<input type="checkbox"/>		通所型サービス		<input type="checkbox"/>	介護老人保健施設
	<input type="checkbox"/>	居宅介護支援			<input type="checkbox"/>		その他の生活支援サービス		<input type="checkbox"/>	介護療養型医療施設
	<input type="checkbox"/>	地域包括支援センター			<input type="checkbox"/>		介護予防ケアマネジメント		<input type="checkbox"/>	介護医療院

【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。

遡及希望日	年	月	日	
理由	生活保護受給者に対し、 年 月 日からサービス提供(事業実施)をしているため。			

年 月 日
(宛先) 高松市長

【申請者(開設者)】
法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)
〒

法人の名称(個人の場合は個人氏名)

代表者職氏名

連絡先Tel () 担当者氏名 ()