

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

記入例

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	1	2	3	4	5	6	7	8		
事業所の名称	高松訪問介護ステーション											
事業所の所在地	〒760-8571 高松市番町1丁目8番15号											
連絡先	電話番号	087-839-2343				FAX番号	087-839-2336					
管理者	氏名	高松花子				自宅住所	高松市〇〇町1-2-3				生年月日	〇年〇月〇日
	法人名称及び代表者職氏名 (個人の場合は個人氏名)	株式会社〇〇〇〇				主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)	高松市〇〇町4-5-6				生年月日 (個人の場合のみ)	
開設者	代表取締役	高松太郎										
	【施設または実施する事業の種類】											
居宅介護	<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"/> 介護予防サービスが介護保険で指定されている場合は、合わせて申請してください。											
	<input type="checkbox"/> 指定申請できるサービスは、介護保険の指定を受けたサービスのみです。											
	<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"/> 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"/> 地域包括支援センター												

・介護保険の指定通知書に記載されている**事業所の正式名称**、所在地を正確に記載してください。
・医療機関(薬局を含む)の場合は、健康保険法の指定通知書に記載されている**正式な医療機関名**、所在地を記載してください。

申請書の開設者欄、申請者欄、誓約書の申請者欄(点線〇枠)は同じ内容を記載してください。

開設者が法人の場合は記載不要です。

<保険医療機関・保険薬局の記入について>
介護保険事業所番号は
医科は 371に医療機関コードをつなげた番号
歯科は 373に医療機関コードをつなげた番号
薬局は 374に薬局コードをつなげた番号

生活保護受給者の利用前に指定申請を行ってください。
やむを得ず申請が遅れた場合は、その理由と遡及希望日を記載してください。
指定日は、申請を受理した日が介護保険法の指定より前の場合、介護保険法の指定日と同日とし、介護保険法の指定日より後の場合、受理した日を指定日とします。
ただし、介護保険法の指定日より前に遡っての指定はできません。

【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ここに記入ください。

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

「指定申請書」と「誓約書」をあわせて提出してください。

申請書の記入に関する市からの問い合わせに対応する方を記入してください。

【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)
〒760-1234
高松市〇〇町4-5-6
法人の名称(個人の場合は個人氏名)
株式会社〇〇〇〇
代表者職氏名
代表取締役・高松太郎

連絡先Tel (087-839-2343) 担当者氏名 (高松花子)