

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及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第14項に基づき、次のとおり指定を申請します。

| | | | | |
|---------------|---|--|-----------------|--|
| フリガナ 名称 | ホウモンカイゴステーション クラシキシヤクシヨ 訪問介護ステーション 倉敷市役所 | | | 名称・所在地は、介護保険法の指定を受けているとおり記載してください。 (指定通知書の記載のとおり) |
| 所在地 | 〒710-8565 TEL 086-426-3357 倉敷市西中新田640 | | | |
| フリガナ 開設者氏名 | カブシキガイシャ クラシキホーム クラシキタロウ 株式会社倉敷ホーム 代表取締役 倉敷 太郎 | 開設者 生年月日 | 年 月 日 | |
| 開設者住所 | 〒710-8565 TEL 086-42 倉敷市西中新田640 | 開設者が法人の場合、法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、住所は主たる事務所の所在地を記載してください。 ※開設者が法人の場合、生年月日は不要です。 | | |
| フリガナ 管理者氏名 | クラシキ カイゴ 倉敷 介護 | 管理者 生年月日 | S 45 年 8 月 16 日 | |
| 管理者住所 | 〒710-8565 TEL 倉敷市西中新田640 | | | |

[申請するサービスの太枠内に○印を付け、その隣の枠内に介護保険法の指定等年月日を記入してください。]

| 施設又は事業等の種類 | 申請事業 | 介護保険法 指定日 | 施設又は事業等の種類 | 申請事業 | 介護保険法 指定日 | 介護保険事業者番号 | | | | | | | | | | | |
|--------------------|------|--------------|--|------|--------------|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 訪問介護 | ○ | H24.4.1 | 介護予防訪問介護(総合事業) | ○ | H24.4.1 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 訪問入浴介護 | | | 介護予防訪問入浴介護 | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問看護 | | | 介護予防訪問看護 | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問リハビリテーション | | | 介護予防訪問リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅療養管理指導 | | | 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所介護 | | | 介護予防通所介護(総合事業) | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所リハビリテーション | | | 介護予防通所リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所生活介護 ★ | | | 介護予防短期入所生活介護 ★ | | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所療養介護 ★ | | | 介護予防短期入所療養介護 ★ | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | | | 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具貸与 | | | 介護予防福祉用具貸与 | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定福祉用具販売 | | | 特定介護予防福祉用具販売 | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業 | ○ | H24.4.1 | 介護予防支援事業 | | | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症対応型通所介護 | | | 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 ★ | | | 介護予防認知症対応型共同生活介護 ★ | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 ★ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護 | | | 【生活保護法第54条の2第2項による「みなし指定」のため、申請は不要です。】 | | | | | | | | | | | | | | |
| 複合型サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設介護 | | | 【生活保護法第54条の2第2項による「みなし指定」のため、申請は不要です。】 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護老人保健施設 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護療養型医療施設 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※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。
※介護予防サービスの指定を受けている場合は、合わせて申請をしてください。

★印のサービスを申請する場合、「入居料・賃料・居住費・食費」が分かる資料(運営規程等)を必ず添付してください。

| | | |
|----|-------|--|
| 適用 | 遡及理由 | 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法指定の適用希望日を記載してください。 ※指定決定後は、指定日の変更は出来ません。 |
| | 適用希望日 | |

令和元年○月○日

倉敷市長様

申請者 住所
(開設者) 氏名

申請者は、開設者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。
個人開設の医療機関や薬局は、開設者本人の住所を記載して下さい。

福祉事務所記入欄 (介護機関の方は記入不要です。)

| | |
|-----------|---------------------|
| 介護扶助への理解 | この欄は、介護機関の方は記入不要です。 |
| 指定についての意見 | |

注意事項

- 1 この書類は、倉敷市長に直接に、又は所在地若しくは住所地を管轄する福祉事務所を経由して提出してください。
- 2 貴機関等が指定された場合には、倉敷市告示により公示されるほか、指定通知書により通知します。

記載要領

- 1 介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が申請する場合には、その施設について記載してください。
居宅介護事業者又は介護予防事業者が申請する場合、その開設する事業所ごとに記載してください。
居宅介護支援事業者、特定福祉用具販売事業者、地域包括支援センター又は特定介護予防福祉用具販売事業者が申請する場合には、その開設する事業所ごとに記載してください。
- 2 「名称」は、略称等を用いることなく、介護保険法による開設許可又は指定を受けた正式な名称を用いて記載してください。
提供サービスにより名称が異なる場合は、申請書を分けて提出してください。
- 3 開設者が個人の場合、開設者氏名・住所の欄に開設者本人の氏名、住所を記載してください。
法人の場合、開設者氏名の欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、住所は主たる事務所の所在地を記載してください。
※開設者が法人の場合、生年月日は不要です。
- 4 「施設又は実施する事業の種類」は、今回申請する事業名の右の太枠内に○をつけ、その隣の枠内に介護保険法の指定日（介護保険法の指定又は開設許可を受けた年月日）を記入してください。
「介護保険事業者番号」は、介護保険法による事業者番号を、医療機関については、保険医療機関番号を記載してください。
- 5 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。
既に生活保護受給者へのサービス提供を行った等の事情がある場合、「適用」に記載をしてください。
※ただし、介護保険法の指定日以前に遡っての指定はできません。
- 6 申請者は、開設者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。
開設者が個人の場合には、開設者本人の住所を記載して下さい。