

生活保護法・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指定介護機関指定申請書

指定申請書Ⅱ

「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」（以下、「中国残留邦人等支援法」という。）第14条第4項において生活保護法の規定の例によるとされた生活保護法第54条の2第1項の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

事業所の名称	〇〇居宅介護支援事業所		
所在地	〒111-1111 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 △△ビル2階 TEL（ 052-222-222 ）		
開設者の氏名 （法人の場合は代表者名も記載）	株式会社△△ 代表取締役 名古屋 太郎	生年月日	年 月 日
開設者の住所	名古屋市中区〇〇町1丁目2番地の3		
管理者の氏名	愛知 花子	生年月日	SO年 〇月 〇日
管理者の住所	名古屋市東区△△町4丁目5番地の6		
実施する事業又は施設の種類の （申請するサービスの右枠内に○を記入）	介護保険法の指定を受けている事業又は施設		
	介護保険法指定年月日	介護保険事業者番号	
居宅介護	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		
	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		
	地域密着型通所介護		
	地域密着型特定施設入居者生活介護		
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
施設介護	看護小規模多機能型居宅介護		
	地域密着型介護老人福祉施設		
	介護老人福祉施設		
介護老人保健施設			
居宅介護支援	○	平成25年〇月〇日	2 3 7 9 9 9 9 9 9
介護予防支援			
職員配置の状況	別紙に記載のこと		
利用定員等			
サービス費用基準額以外に必要な利用料の額			
中国残留邦人等支援法の指定を希望しない場合は、右欄に「×」を記入してください。			

平成 〇 年 〇 月 〇 日

（宛 先）
名古屋市長

〒222-2222
住 所 名古屋市中区〇〇町1丁目2番地の3

申請者
（開設者） 氏 名 株式会社△△
代表取締役 名古屋 太郎

印

記載例

※ 別紙にあります注意事項、記載要領もご確認ください。

コメント[S1]:
記載例は開設者が法人の場合です。
開設者が個人の場合は開設者の氏名、住民票の住所、生年月日を記載し、「代表者の職名」は空欄にしてください。
※開設者が個人の場合、「開設者の住所」は個人の住民票上の住所となるため注意してください。

コメント[S2]:
事業所の管理者の氏名、住民票の住所、生年月日を記載してください。開設者が個人の場合であって、開設者と管理者が同一人物の場合、「同上」と記載していただいても結構です。

コメント[S3]:
指定を希望するサービスに「○」を記載してください。予防サービスの「○」の記載忘れに注意してください。

コメント[S4]:
指定を希望しない場合のみ「×」を記載してください。

コメント[S5]:
申請書を提出する日付を記載してください。
別紙「誓約書」と同じ日付になります。

コメント[S6]:
記載例は開設者が法人の場合です。
開設者が個人の場合は開設者の住民票の住所、氏名を記載してください。
※開設者が個人の場合、「開設者の住所」は個人の住民票上の住所となるため注意してください。

コメント[S7]:
開設者が法人の場合、法人印が必要ですので注意してください。

(別紙)

実施する事業の種類	職員配置の状況					利用 定員等	サービス費用基準額以外に必要な利用料の額
	職 種	(人)					
		専従	兼務	専従	兼務		
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	生活相談員						
	看護職員						
	介護職員						
	機能訓練指導員						
	計画作成担当者						
夜間対応型訪問介護	オペレーター						
	訪問介護員等（定期巡回）						
	訪問介護員等（随時訪問）						
認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護	生活相談員						
	看護職員						
	介護職員						
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	機能訓練指導員						
	介護従業者						
	看護職員						
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	介護支援専門員						
	介護従業者						
	介護職員						
地域密着型通所介護	生活相談員						
	看護職員						
	介護職員						
地域密着型特定施設入居者生活介護	機能訓練指導員						
	生活相談員						
	看護職員						
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	機能訓練指導員						
	介護支援専門員						
	オペレーター						
看護小規模多機能型居宅介護	訪問介護員等（定期巡回）						
	訪問介護員等（随時訪問）						
	看護職員						
介護老人保健施設	サービス従業者						
	介護支援専門員						
	医師						
居宅介護支援	薬剤師						
	看護職員						
	介護支援専門員						
介護予防支援	介護支援専門員	2		3			
	保健師						
	社会福祉士						
	経験ある看護師						
	高齢者保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉主事						

コメント[S8]:

表面で、申請するサービスに「○」を記載した事業について、それぞれ申請時点の職員配置の状況を記載してください。

コメント[S9]:

サービス費用基準額以外に必要な利用料があれば、利用者から徴収する額と内訳を記載してください。

※ 適用日（指定の効果が及ぶ日）について希望日がある場合は、以下に記入をしてください。記入がない場合は、名古屋市長が定めた日とします。

1. 適用希望日

平成 ○年 ○月 ○日

2. 1の理由（該当欄にチェックしてください）

- ☒ 適用希望日に、生活保護又は中国残留邦人等支援法による支援給付を受給している者に介護サービスの提供を行ったため。
- ☐ 適用希望日に、開設者の変更があったため。
- ☐ 適用希望日に、移転したため。
- ☐ その他（具体的に記入： _____）

コメント[S10]:

生活保護法の適用について希望日がある場合は希望日を記載してください。

コメント[S11]:

適用希望日に日付を記載した場合、あてはまるものにチェックを記載してください。

＜注意事項＞

1. この申請書は、事業所の所在地を管轄する社会福祉事務所（区役所民生子ども課又は支所区民福祉課）に提出してください。
2. 貴機関が指定された場合には、市告示により公示するほか、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、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者が申請する場合には、事業所ごと(介護保険事業者番号ごと)に申請書を提出してください。
2. 「事業所の名称」は、略称等を用いることなく、介護保険法により許可若しくは指定を受け又は届け出た正式な名称を記載してください。
3. 「開設者の氏名」は、開設者が法人の場合、法人名及び代表者の氏名等を記載してください。また、代表者の職名も記載してください。
※開設者が法人の場合は、生年月日の記載は必要ありません。
4. 「開設者の住所」は、開設者が法人の場合、主たる事務所の所在地を記載してください。
5. 「管理者の氏名」は、介護保険法等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。また、管理者の生年月日、住所も記載してください。
6. 「実施する事業又は施設の種類」は、今回申請する事業について、該当する欄に「○」を記載してください。
7. 適用日（指定の効果が及ぶ日）について希望日がある場合は、必ず希望日とその理由を記入してください。
8. 「介護保険法の指定を受けている事業又は施設」は、該当する欄に介護保険法の指定又は開設許可を受けた年月日及び介護保険事業者番号を記載してください。申請中の場合は、「介護保険法指定年月日」に「申請中」と記載してください。その場合は、介護保険法の指定後速やかに介護保険事業者番号をこの申請書を提出した社会福祉事務所（区役所民生子ども課又は支所区民福祉課）まで連絡してください。なお、介護保険法施行法等関係法令の規定に基づき指定があったものとみなされたものについては「12. 4. 1」、「18. 4. 1」と記載してください。
9. 「職員配置の状況」は、事業ごと、職種別に、申請時の実人員の数を記載してください。
10. 「利用定員等」は、入所（利用）定員を定めている場合に、事業ごとに、申請時における数を記載してください。
11. 「サービス費用基準額以外に必要な利用料の額」の、（介護予防）特定施設入居者生活介護、（介護予防）認知症対応型共同生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護に関する部分については、利用料の名目が明確になるように記載してください。
12. 中国残留邦人等支援法第14条第4項において、生活保護法の規定の例によるとされた生活保護法第54条の2第1項の規定に基づく指定を希望しない場合は、当該欄に×を記入してください。
13. 申請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、代表者印を押印してください。申請者は介護保険法の指定申請者と同じにしてください。