指定申請書Ⅰ

# 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

「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。

印

（捨印）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業所の名称 | ○○訪問介護センター | | |
| 所　在　地 | 〒111－1111<br>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<br>（法人の場合は代表者名も記載） | 株式会社△△<br>代表取締役　名古屋　太郎 | 生年月日 | 年　月　日 |
| | | 代表者の職名 | 代表取締役 |
| 開設者の住所 | 名古屋市千種区○○町１丁目２番地の３ | | |
| 管理者の氏名 | 愛知　花子 | 生年月日 | ○年　○月　○日 |
| 管理者の住所 | 名古屋市東区△△町４丁目５番地の６ | | |

| 実施する事業の種類（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 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 介護保険法指定年月日 | 介護保険事業者番号 |
| 居宅介護等 | 訪問介護 | ○ | ○年　○月　○日 | ２３７○○○○○○○ |
| | 予防専門型訪問サービス | | | |
| | 生活援助型訪問サービス | | | |
| | 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 | | | |
| | 予防専門型通所サービス | | | |
| | ミニデイ型通所サービス | | | |
| | 運動型通所サービス | | | |
| | 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 | | | |
| | 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 | | | | |

中国残留邦人等支援法の指定を希望しない場合には、右欄に「×」を記入してください。

○年　○月　○日

（宛　先）名古屋市長

住所　〒222－2222
名古屋市千種区○○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]:**
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 [S5]:**
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 [S6]:**
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。また、届出書右上の捨印欄にも同一の印鑑を押印してください。

［職員の配置の状況／利用定員等／サービス費用基準額以外に必要な利用の額］

| 実施する事業の種類 | 職員配置の状況（人） | | | | | 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 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | |
| 訪問介護<br>予防専門型訪問サービス<br>生活援助型訪問サービス | 訪問介護員等 | 2 | | 3 | | | |
| 訪問入浴介護<br>介護予防訪問入浴介護 | 看護職員 | | | | | | |
| | 介護職員 | | | | | | |
| 訪問看護<br>介護予防訪問看護 | 看護職員 | | | | | | |
| | 理学・作業療法士<br>言語聴覚士 | | | | | | |
| 訪問リハビリテーション<br>介護予防訪問リハビリテーション | 理学・作業療法士<br>言語聴覚士 | | | | | | |
| 居宅療養管理指導<br>介護予防居宅療養管理指導 | 医師 | | | | | | |
| | 歯科医師 | | | | | | |
| | 薬剤師 | | | | | | |
| | 歯科衛生士 | | | | | | |
| | 管理栄養士 | | | | | | |
| 通所介護<br>予防専門型通所サービス<br>ミニデイ型通所サービス<br>運動型通所サービス | 生活相談員 | | | | | | |
| | 看護職員 | | | | | | |
| | 介護職員 | | | | | | |
| | 機能訓練指導員 | | | | | | |
| 通所リハビリテーション<br>介護予防通所リハビリテーション | 医師 | | | | | | |
| | 理学・作業療法士<br>言語聴覚士 | | | | | | |
| | 看護職員 | | | | | | |
| | 介護職員 | | | | | | |
| 短期入所生活介護<br>介護予防短期入所生活介護 | 医師 | | | | | | |
| | 生活相談員 | | | | | | |
| | 看護職員 | | | | | | |
| | 介護職員 | | | | | | |
| | 栄養士 | | | | | | |
| | 機能訓練指導員 | | | | | | |
| 短期入所療養介護<br>介護予防短期入所療養介護 | 医師 | | | | | | |
| | 薬剤師 | | | | | | |
| | 看護職員 | | | | | | |
| | 介護職員 | | | | | | |
| | 理学・作業療法士 | | | | | | |
| | 支援相談員 | | | | | | |
| | 栄養士 | | | | | | |
| | 介護支援専門員 | | | | | | |
| | 精神保健福祉士等 | | | | | | |
| 福祉用具貸与<br>介護予防福祉用具貸与 | 専門相談員 | | | | | | |
| 特定福祉用具販売<br>特定介護予防福祉用具販売 | 専門相談員 | | | | | | |

※　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

〇年　〇月　〇日

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 [S7]:**
表面で、申請するサービスに「〇」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 [S8]:**
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。

**コメント [S9]:**
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 [S10]:**
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。