

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。

印 (捺印)

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。

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 ΔΔビル2階 TEL (052-222-222)		
開設者の氏名 <small>(法人の場合は代表者名も記載)</small>	株式会社ΔΔ	生年月日	年 月 日
	代表取締役 名古屋 太郎	代表者の職名	代表取締役
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	〇年 〇月 〇日
管理者の住所	名古屋市中区ΔΔ町4丁目5番地の6		
実施する事業又は施設の種類の <small>(申請するサービスの右枠内に○を記入)</small>	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		
	看護小規模多機能型居宅介護		
施設介護	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		
介護医療院			
居宅介護支援	○	〇年 〇月 〇日	2 3 7 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
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。			
〇年 〇月 〇日			

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。また、届出書右上の捺印欄にも同一の印鑑を押印してください。

(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ΔΔ 代表取締役 名古屋 太郎

印

(別紙)

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
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						
夜間対応型訪問介護	計画作成担当者						
	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						
	生活相談員						
地域密着型通所介護	看護職員						
	介護職員						
	機能訓練指導員						
地域密着型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						
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	介護支援専門員						
	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)						
看護小規模多機能型居宅介護	看護職員						
	サービス従業者 介護支援専門員						
介護老人保健施設 介護医療院	医師						
	薬剤師						
	看護職員						
	介護職員						
	支援相談員						
	理学・作業療法士						
居宅介護支援	栄養士						
	介護支援専門員	2		3			
介護予防支援	介護支援専門員						
	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

○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。