

生 活 保 護 法
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等
指定介護機関指定申請書

〔 生活保護法第54条の2第1項
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等
の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。 〕

フリガナ 名 称				
所在地		(〒 -)		
介護保険事業者番号				
施設または実施する事業の種類		介護扶助および介護支援給付開始予定年月日	介護保険法指定年月日(予定)	
居 宅 介 護	訪問介護	介・予		
	訪問入浴介護	介・予		
	訪問看護	介・予		
	訪問リハビリテーション	介・予		
	居宅療養管理指導	介・予		
	通所介護	介・予		
	通所リハビリテーション	介・予		
	短期入所生活介護 ※2	介・予		
	短期入所療養介護 ※2	介・予		
	特定施設入居者生活介護 ※1	介・予		
	福祉用具貸与	介・予		
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	介		
	夜間対応型訪問介護	介		
	認知症対応型通所介護	介・予		
	小規模多機能型居宅介護	介・予		
	認知症対応型共同生活介護 ※1	介・予		
	地域密着型特定施設入居者生活介護※1	介		
複合型サービス	介			
特定福祉用具販売		介		
特定介護予防福祉用具販売		予		
施 設 介 護	地域密着型介護老人福祉施設 ※2	介		
	介護老人福祉施設 ※2	介		
	介護老人保健施設 ※2	介		
	介護療養型医療施設 ※2	介		
居宅介護支援		介		
介護予防支援		予		
施設または実施する事業の種類のカ欄に※1または※2とある場合、記載(利用者負担額を記入すること)		※1	居住費 [賃料]	円/月
		※2	居住費・滞在費	円/日
			食費	円/日
			その他負担経費	
連絡先	電話			担当者

平成 年 月 日
福 井 県 知 事 様

〒
住所

申請者
(開設者) 氏名

様式第1－2号

注意事項

- 1 この書類は、県健康福祉部地域福祉課へ指定業務開始の5日前までに提出してください。
- 2 貴機関等が指定された場合には、県報告示により公示するほか、指定の指令書により通知します。

記載要領

- 1 介護老人保健施設また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。居宅介護事業所または介護予防事業所が申請する場合には、その事業所の種類および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また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 介護保険の指定申請中の場合は、介護保険事業者番号は記載しないでください。
- 3 「施設または実施する事業の種類」は、今回指定申請する施設または事業の「介」または「予」を○で囲んでください。すでに生活保護法・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等の指定を受けている施設または事業については記載しないでください。
- 4 「医療扶助および医療支援給付開始予定年月日」は、被保護者および被給付者への介護サービスを実施する予定日を記載してください。また、「介護保険法による指定年月日」は、介護保険法の指定を受けた日または受ける予定日を記載してください。
なお、介護保険法施行法の規定に基づき指定等があったものとみなされるものについては、「H12.4.1みなし」と記載し、介護保険法施行令等の一部を改正する政令（平成18年政令第154号）附則の規定に基づき指定があったとみなされたものについては、「H18.4.1みなし」と記載してください。
- 5 「その他負担経費」は、おやつ、おむつ、レクレーション代など、一律に負担する者がある場合、記載してください。
- 6 申請者が法人の場合は、法人名とともにその代表者の指名およ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。
- 7 その他、生活保護法・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等の指定申請手続きについては、福井県庁のホームページの地域福祉課のページをご覧ください。