**生活保護法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項においてその例によるもの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機関を含む。）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 | | 医療法人○○会　△△病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒471-8501  　豊田市西町３丁目６０番地 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | 0565-34-1212 | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | 0565-34-1213 | | | | | | |
| 管理者氏名 | | 豊田　花子 | | | | | | 管理者生年月日 | | | | | 1965年　　１月　　２日 | | | | | | |
| 管理者住所 | | 〒470-0493  豊田市藤岡飯野町田中２４５番地 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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等 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険法  指定年月日 | | 介護保険事業者番号 | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防 | 介護予防訪問介護 | | |  |  | |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防訪問入浴介護 | | |  |  | |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防訪問看護 | | |  |  | |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防訪問リハビリテーション | | |  |  | |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防居宅療養管理指導 | | | ○ | 2021.7.1 | | 2 | | | 3 | 7 | 3 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 介護予防通所介護 | | |  |  | |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | ○ | 2021.7.1 | | 2 | | | 3 | 7 | 3 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 介護予防短期入所生活介護 | | |  |  | |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防短期入所療養介護 | | |  |  | |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | | |  |  | | 同じ事業者番号の事業は  まとめて申請できます。 | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防福祉用具貸与 | | |  |  | |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | | |  |  | |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | |  |  | |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | |  |  | |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 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第14条４項において、その例とされた指定を希望しない場合は、希望しないに○を記入。 | | | | | | 希望しない | | |

2021年7月15日（申請年月日）

豊　田　市　長 殿　　　　　　　　　　　　　　　〒473-0933

　住 　　所 豊田市高岡町長根５１番地

申請者（開設者）

　　氏 　　名　　医療法人　○　○会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 理事長　　豊田　太郎

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 生年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

（ 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 |
| 介護予防 | 介護予防訪問介護 | 訪問介護員等 |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防訪問入浴介護 | 看護職員 |  |  |  |  |  |  |
| 介護職員 |  |  |  |  |
| 介護予防訪問看護 | 看護職員 |  |  |  |  |  |  |
| 理学・作業療法士  言語聴覚士 |  |  |  |  |
| 介護予防  訪問リハビリテーション | 理学・作業療法士  言語聴覚士 |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 医師 |  | 1 |  |  |  |  |
| 歯科医師 |  |  |  |  |
| 薬剤師 |  |  |  |  |
| 看護職員 |  |  |  |  |
| 歯科衛生士 |  |  |  |  |
| 管理栄養士 |  |  |  |  |
| 介護予防通所介護 | 生活相談員 |  |  |  |  |  |  |
| 看護職員 |  |  |  |  |
| 介護職員 |  |  |  |  |
| 機能訓練指導員 |  |  |  |  |
| 介護予防  通所リハビリテーション | 医師 |  | 1 |  |  | 35 | 昼食代５００円 |
| 理学・作業療法士  言語聴覚士 | 3 | 1 | 1 |  |
| 看護職員 |  |  | 2 |  |
| 介護職員 | 5 |  | 3 |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 介護予防福祉用具貸与 | 専門相談員 |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 機能訓練指導員 |  |  |  |  |
| 介護予防  小規模多機能型居宅介護 | 介護従業者 |  |  |  |  |  |  |
| 看護職員 |  |  |  |  |
| 介護支援専門員 |  |  |  |  |
| 介護予防  認知症対応型共同生活介護 | 介護従業者 |  |  |  |  |  |  |

* 「指定日」は原則として申請日と同日としますが、特別の理由がある場合は記入をしてください。この場合、当該理由の□にチェックしてください。

　　　なお、理由の２及び３は、既に生活保護法等（中国残留邦人等支援法第14条4項によりその例とされた場合を含む）において指定介護機関としての指定を受けている事業所に記入していただくことになりますが、この場合は「廃止（休止）届書」も同時に提出してください。

特別に指定日の希望がある場合は、下記に記入してください。 　　　希　望　日　　 ・ 無

＜指定希望日＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施する事業の種類 | 指定希望年月日 | 実施する事業の種類 | 指定希望年月日 |
| 介護予防訪問介護 |  | 介護予防訪問入浴介護 |  |
| 介護予防訪問看護 |  | 介護予防訪問リハビリテーション |  |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 2021年７月１日 | 介護予防通所介護 |  |
| 介護予防通所リハビリテーション | 2021年７月１日 | 介護予防短期入所生活介護 |  |
| 介護予防短期入所療養介護 |  | 介護予防特定施設入居者生活介護 |  |
| 介護予防福祉用具貸与 |  | 介護予防認知症対応型通所介護 |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 |  | 介護予防認知症対応型共同生活介護 |  |

＜理由＞

レ　　１　指定希望日に、生活保護又は支援給付を受給している者に対して介護サービスを提供したため。

* ２　指定希望日に、開設者の変更（法人格の変更、法人化等を含む）があったため。
* ３　指定希望日に、事業所が移転したため。
* ４　その他（具体的に記入：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）