**生活保護法等指定介護機関指定申請書**

記　入　例

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 | ○　○　地域包括支援センター |
| 所在地 | 〒471-8518　豊田市西町３丁目６０番地 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0565-34-6635 | ＦＡＸ番号 | 0565-34-6798 |
| 管理者氏名 | 豊田　花子 | 管理者生年月日 | 　　　1965年　　1月　　1日 |
| 管理者住所 | 〒470-0493豊田市藤岡飯野町田中２４５番地 |
| 施設又は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 |
| 施設介護 | 地域密着型介護老人福祉施設 |  | みなし指定 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護老人福祉施設 |  | みなし指定 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護老人保健施設 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護療養型医療施設 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特定福祉用具販売 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特定介護予防福祉用具販売 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅介護支援事業 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 地域包括支援センター | ○ | 2021年７月１日 | 2 | 3 | 7 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 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　社会福祉法人　○　○福祉会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長　　豊田　太郎

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 生年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

（ 別 紙 ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施する事業等の種類 | 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 |
| 施設介護 | 地域密着型介護老人福祉施設 | ―― | ―― | ―― | ―― | ―― | ―― | みなし指定 |
| 介護老人福祉施設 | ―― | ―― | ―― | ―― | ―― | ―― | みなし指定 |
| 介護老人保健施設 | 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 |  |  |  |  |
| 栄養士 |  |  |  |  |
| 介護支援専門員 |  |  |  |  |
| 介護療養型医療施設 | 医師 |  |  |  |  |  |  |
| 看護職員 |  |  |  |  |
| 介護職員 |  |  |  |  |
| 理学・作業療法士 |  |  |  |  |
| 介護支援専門員 |  |  |  |  |
| 精神保健福祉士等 |  |  |  |  |
| 特定福祉用具販売 | 専門相談員 |  |  |  |  |  |  |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 専門相談員 |  |  |  |  |  |  |
| 居宅介護支援事業 | 介護支援専門員 |  |  |  |  |  |  |
| 地域包括支援センター　　　　 | 介護支援専門員 | 　 | 　1 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 保健師 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 社会福祉士 | 　2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 経験ある看護師 | 　1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

* 「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＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設又は実施する事業の種類 | 指定希望年月日 | 施設又は実施する事業の種類 | 指定希望年月日 |
| 地域密着型介護老人福祉施設 | みなし指定 | 介護老人福祉施設 | みなし指定 |
| 介護老人保健施設 |  | 介護療養型医療施設 |  |
| 特定福祉用具販売 |  | 特定介護予防福祉用具販売 |  |
| 居宅介護支援事業 |  | 地域包括支援センター | 2018年７月１日 |

＜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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）