

生活保護法指定介護機関指定申請書

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。

フリガナ 名称				
所在地		(〒 - )		
管理者	氏名	住所	生年月日 年 月 日	
介護保険事業者番号				
施設または実施する事業の種類		生活保護法指定 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		
	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		
	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	地域密着型特定施設入居者生活介護※2	介		
	介護老人福祉施設 ※2	介		
	介護老人保健施設 ※2	介		
	介護医療院 ※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		

年 月 日 〒

住所

石川 県 知 事 様 申請者  
(開設者) 氏名

注) この申請は、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第14条第4項による指定介護機関の指定申請も兼ねています。

## 様式第 1 - 2 号

### 注意事項

- 1 この書類は、県厚生政策課又は最寄の福祉事務所に提出してください。
- 2 貴機関等が指定された場合には、石川県公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、介護医療院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。居宅介護事業者または介護予防事業者が申請する場合には、その事業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、介護予防支援事業者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 「名称」は、略称等を用いることなく、介護保険法による開設認可または指定を受けた正式な名称を用いて記載してください。
- 4 「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について、「介」または「予」を○で囲んでください。すでに生活保護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。
- 5 「生活保護法の指定年月日」は、被保護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たものについては、「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。
- 6 「その他負担経費」は、おやつ、おむつ、レクリエーション代など、一律に負担するものがある場合、記載してください。
- 7 申請者が法人の場合は、法人名とともにその代表者の氏名および主たる事務所の所在地を記載してください。

生活保護法指定介護機関指定申請書

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。

介護保険法で指定を受けた際の名称、所在地を正確に記入してください。

フリガナ 名称	ホウモンカンゴステーション〇〇 訪問介護ステーション〇〇			
所在地	(〒111 - 1111 ) 〇〇市△△町1-2-3			
管理者 氏名	石川 太郎	住所	△△市□□町4-5-6 生年月日 昭和33年 3月 3日	
介護保険事業者番号	1 7 7 1 2 3 4 5 6 7			
施設または実施する事業の種類	指定を受けたいサービスに○を付けてください。	生活保護法指定 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	○	令和〇年〇月〇日 令和〇年△月△日	
	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	生活保護法の指定を受けたい日を記入してください。	
	居宅療養管理指導	介・予		
	通所介護	介		
	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	地域密着型特定施設入居者生活介護※2	介		
	介護老人福祉施設 ※2	介		
	介護老人保健施設 ※2	介		
	介護医療院 ※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 ※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	076-225-1111	担当者	石川 二郎

令和 〇年 〇月 〇〇日

〒 111-1111

申請書の提出日を記入してください。

住所 〇〇市△△町1-2-3

石川 県 知 事 様 申請者 (開設者) 氏名 株式会社〇〇 代表取締役 石川 太郎

注) この申請は、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第14条第4項による指定医療機関の指定申請も兼ねています。