

# 生活保護法指定介護機関 指定申請書

フリガナ 名 称							
所 在 地	〒 TEL						
フリガナ 開設者氏名					開設者 生年月日 <small>(個人開設の場合のみ)</small>	年 月 日	
開設者住所	〒 TEL						
フリガナ 管理者氏名					管理者 生年月日	年 月 日	
管理者住所	〒 TEL						
介護保険事業所番号							

**【施設又は事業等の種類】** 申請するサービスの左側の太枠内に○印を付けてください。

<b>居宅介護</b>	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<b>介護予防</b>	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護	<b>地域密着型サービス</b>	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護		<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護		<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護		
	<input type="checkbox"/> 訪問看護		<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション		<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護		
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		<input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導		<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護		
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導		<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション		<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護		
	<input type="checkbox"/> 通所介護		<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護		
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護		<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護		
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護		<input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護		<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護		
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護		<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与		<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護		
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護		<input type="checkbox"/> 特定介護予防福祉用具販売		<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与		<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業		<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売		<small>日常生活支援事業、総合事業</small>		<input type="checkbox"/> 訪問型サービス	<b>施設</b>	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業				<input type="checkbox"/> 通所型サービス		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設
					<input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設
		<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント		<input type="checkbox"/> 介護医療院			

<b>適 用</b>	遡及理由	
	適用希望日	

上記のとおり指定を申請します。

令和 年 月 日

岡 山 市 長 様

住 所 〒

申請者  
(開設者)

氏名

※この申請書は、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に基づく指定の申請書を兼ねます。

福祉事務所記入欄（介護機関の方は記入不要です。）

介護扶助への理解	
指定についての意見	

## 注意事項

- 1 この書類は、所在地を管轄する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は、岡山市告示により公示するほか、指定通知書により通知します。

## 記載!

- 1 介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が申請する場合は、その施設について記載してください。  
居宅介護事業者又は介護予防事業者が申請する場合は、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又は特定介護予防福祉用具販売事業者が申請する場合は、その開設する事業所ごとに記載してください。  
なお、介護老人福祉施設、地域密着型老人福祉施設入所者生活介護については、生活保護法による「みなし指定」のため、申請は不要です。
- 2 「名称」は、略称等を用いることなく、介護保険法による開設許可又は指定を受けた正式な名称を用いて記載してください。  
提供サービスにより名称が異なる場合は、申請書を分けて提出してください。
- 3 開設者が個人の場合、開設者氏名・住所の欄に開設者本人の氏名、住所を記載してください。  
法人の場合、開設者氏名の欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、住所は主たる事務所の所在地を記載してください。  
※開設者が法人の場合、生年月日は不要です。
- 4 「介護保険事業所番号」は、介護保険法による事業所番号を、医療機関については、保険医療機関番号を記載してください。
- 5 「施設又は実施する事業の種類」は、今回申請するサービスの左の太枠内に○をつけてください。
- 6 指定日は、申請を受理した日が介護保険法の指定より前の場合、介護保険法の指定日と同日とし、介護保険法の指定日より後の場合、受理した日の属する月の1日を指定日とします。  
既に生活保護受給者へのサービス提供を行った等の事情がある場合、「適用」欄に記載してください。  
※介護保険法の指定日以前に遡っての指定はできません。
- 7 申請者(開設者)が個人の場合は、申請者(開設者)本人の住所・氏名を記載してください。申請者(開設者)が法人の場合は、名称、代表者の職・氏名及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

**記載例**

フリガナ 名称	ホウモンカイゴステーション オカヤマモモタロウ 訪問介護ステーション 岡山桃太郎		名称・所在地は、介護保険法の指定を受けているとおり記載してください。 (指定通知書の記載のとおり)
所在地	〒700-8546 TEL 086-803- 岡山市北区鹿田町一丁目1番1号		
フリガナ 開設者氏名	カブシキシャ オカヤマケア オカヤマタロウ 株式会社岡山ケア 代表取締役 岡山 太郎	開設者	開設者が法人の場合、法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、住所は主たる事務所の所在地を記載してください。 ※開設者が法人の場合、生年月日は不要です。
開設者住所	〒700-8544 TEL 086-803- 岡山市北区大供一丁目1番1号		
フリガナ 管理者氏名	オカヤマ フクシ 岡山 福祉	管理者 生年月日	年 月 日
管理者住所	〒700-8566 TEL 086-901-1232 岡山市中区赤坂本町11番47号		
介護保険事業所番号	3 3 0 0 0 0 0 0 0 0		

【施設又は事業等の種類】 申請するサービスの左側の太枠内に○印を付けてください。

居宅介護	訪問介護	介護予防	介護予防訪問入浴介護	地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	訪問入浴介護		介護予防訪問看護		夜間対応型訪問介護
	訪問看護		介護予防訪問リハビリテーション		地域密着型通所介護
	訪問リハビリテーション		介護予防居宅療養管理指導		認知症対応型通所介護
	居宅療養管理指導		介護予防通所リハビリテーション		介護予防認知症対応型通所介護
	通所介護		介護予防短期入所生活介護		小規模多機能型居宅介護
	通所リハビリテーション		介護予防短期入所療養介護		介護予防小規模多機能型居宅介護
	短期入所生活介護		介護予防特定施設入居者生活介護		認知症対応型共同生活介護
	短期入所療養介護		介護予防福祉用具貸与		介護予防認知症対応型共同生活介護
	特定施設入居者生活介護		特定介護予防福祉用具販売		地域密着型特定施設入居者生活介護
	福祉用具貸与		介護予防支援事業		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
	特定福祉用具販売		訪問型サービス		看護小規模多機能型居宅介護
	居宅介護支援事業		通所型サービス		介護老人福祉施設
			その他の生活支援サービス		介護老人保健施設
	介護予防ケアマネジメント	介護医療院			

適用	遡及理由	生活保護受給者の利用前に指定申請を行ってください。やむを得ず申請が遅れた場合はその理由と法指定の適用希望日を記載してください。 ※指定決定後は、指定日の変更は出来ません。
	適用希望日	

上記のとおり指定を申請します。

令和 6 年 7 月 1 日

岡 山 市 長 様

申請者  
(開設者)

申請者(開設者)が個人の場合は、申請者(開設者)本人の住所・氏名を記載してください。  
申請者(開設者)が法人の場合は、名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。  
※押印は不要です

※この申請書は、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに  
兼ねま

福祉事務所記入欄 (介護機関の方は記入不要です。)

介護扶助への理解	この欄は、介護機関の方は記入不要です。
指定についての意見	

## 注意事項

- 1 この書類は、所在地を管轄する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は、岡山市告示により公示するほか、指定通知書により通知します。

## 記載要領

- 1 介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が申請する場合は、その施設について記載してください。  
居宅介護事業者又は介護予防事業者が申請する場合、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又は特定介護予防福祉用具販売事業者が申請する場合は、その開設する事業所ごとに記載してください。  
なお、介護老人福祉施設、地域密着型老人福祉施設入所者生活介護については、生活保護法による「みなし指定」のため、申請は不要です。
- 2 「名称」は、略称等を用いることなく、介護保険法による開設許可又は指定を受けた正式な名称を用いて記載してください。  
提供サービスにより名称が異なる場合は、申請書を分けて提出してください。
- 3 開設者が個人の場合、開設者氏名・住所の欄に開設者本人の氏名、住所を記載してください。  
法人の場合、開設者氏名の欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、住所は主たる事務所の所在地を記載してください。  
※開設者が法人の場合、生年月日は不要です。
- 4 「介護保険事業所番号」は、介護保険法による事業所番号を、医療機関については、保険医療機関番号を記載してください。
- 5 「施設又は実施する事業の種類」は、今回申請するサービスの左の太枠内に○をつけてください。
- 6 指定日は、申請を受理した日が介護保険法の指定より前の場合、介護保険法の指定日と同日とし、介護保険法の指定日より後の場合、受理した日の属する月の1日を指定日とします。  
既に生活保護受給者へのサービス提供を行った等の事情がある場合、「適用」欄に記載してください。  
※介護保険法の指定日以前に遡っての指定はできません。
- 7 申請者(開設者)が個人の場合は、申請者(開設者)本人の住所・氏名を記載してください。申請者(開設者)が法人の場合は、名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。