

生活保護法及び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 指定介護機関指定申請書

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

| | | | | | | |
|---------|-----------|---|--|---------------------------|-----|-------|
| 施設又は事業所 | フリガナ | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | 〒 | | | | |
| | 管理者氏名 | | | 管理者生年月日 | S・H | 年 月 日 |
| | 管理者住所 | 〒 | | | | |
| | 介護保険事業所番号 | | | 医療機関コード等 (医療機関・薬局のみ記載) | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | | |

● 要介護者に係る事業等

| 施設又は実施する事業の種類 (今回申請する事業等に○印を付す) | 生活保護法による指定 | | 介護保険法による指定 | |
|------------------------------------|------------------|---------------|------------------|---------------|
| | 今回申請する事業等の開始(予定) | 既に指定を受けている事業等 | 今回申請する事業等の開始(予定) | 既に指定を受けている事業等 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 訪問介護 | | | | |
| 訪問入浴介護 | | | | |
| 訪問看護 | | | | |
| 訪問リハビリテーション | | | | |
| 居宅療養管理指導 | | | | |
| 通所介護 | | | | |
| 通所リハビリテーション | | | | |
| 短期入所生活介護 | | | | |
| 短期入所療養介護 | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | | | | |
| 福祉用具貸与 | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | | | | |
| 認知症対応型通所介護 | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | |
| 複合型サービス | | | | |
| 居宅介護支援 | | | | |
| 特定福祉用具販売 | | | | |
| 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 | | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設 | みなし指定 | | | |

● 要支援者に係る事業

| 実施する事業の種類 (今回申請する事業等に○印を付す) | 生活保護法による指定 | | 介護保険法による指定 | |
|--------------------------------|------------------|---------------|------------------|---------------|
| | 今回申請する事業等の開始(予定) | 既に指定を受けている事業等 | 今回申請する事業等の開始(予定) | 既に指定を受けている事業等 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 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 | | | | |
| 介護予防通所介護 | | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | | |
| 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 | | | | |
| 介護予防支援 | | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | | | | |

● 添付書類

- (1) 別紙1・2 } {
 - ・職員の配置状況
 - ・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
- (2) 別紙3 (誓約書)

※ 開設者と管理者が異なる場合は、開設者において管理者が下記の誓約項目8(第2項第9号関係)に該当しないことを確認した上で1部御提出ください。
- (3) 介護保険法による介護事業者指定通知書の写し
(指定区分が「市町村」とされる事業等のみ添付)

令和 年 月 日 ※ 申請日付けで指定します。

栃木県知事様
宇都宮市長様

申請者 ※ 開設者が法人の場合、申請者欄には「法人の主たる事務所所在地」、「法人名」及び「代表者職・氏名」を記載の上、代表者印を押印して下さい。
開設者住所(所在地) 〒

※ いずれか一方を抹消して申請して下さい。
{

- 事業所等の所在地により、申請先が異なります。
- ・宇都宮市(中核市) → 宇都宮市長宛て
- ・宇都宮市以外の市町 → 栃木県知事宛て

}

開設者氏名(名称及び代表者職・氏名)

(印)

生年月日 S・H 年 月 日

※生年月日は、申請者が個人の場合のみ記入してください。

① 居宅介護・介護予防等(②以外のもの)

| 事業の種類 | 職種 | 居宅介護 | | | | 介護予防 | | | |
|----------------------|------------------|---------|-----|-----------|-------------------------------|---------|-----|-----------|-------------------------------|
| | | 職員の配置状況 | | 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・ | 職員の配置状況 | | 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・ |
| | | 常勤 | 非常勤 | | | 常勤 | 非常勤 | | |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | |
| 訪問介護 | 訪問介護員等 | | | | | | | | |
| 訪問入浴介護 | 看護職員 | | | | | | | | |
| | 介護職員 | | | | | | | | |
| 訪問看護 | 看護師 | | | | | | | | |
| | 保健師 | | | | | | | | |
| | 准看護師 | | | | | | | | |
| | 理学・作業療法士等 | | | | | | | | |
| 訪問リハビリテーション | 理学・作業療法士等 | | | | | | | | |
| 居宅療養管理指導 | 医師 | | | | | | | | |
| | 歯科医師 | | | | | | | | |
| | 薬剤師 | | | | | | | | |
| | 看護職員 | | | | | | | | |
| | 歯科衛生士 | | | | | | | | |
| | 管理栄養士 | | | | | | | | |
| 通所介護 | 生活相談員 | | | | | | | | |
| | 看護職員 | | | | | | | | |
| | 介護職員 | | | | | | | | |
| | 機能訓練指導員 | | | | | | | | |
| 通所リハビリテーション | 医師 | | | | | | | | |
| | 理学・作業療法士等 | | | | | | | | |
| | 看護職員 | | | | | | | | |
| | 介護職員 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 短期入所療養介護 | 医師 | | | | | | | | |
| | 薬剤師 | | | | | | | | |
| | 看護職員 | | | | | | | | |
| | 介護職員 | | | | | | | | |
| | 支援相談員 | | | | | | | | |
| | 作業療法士 | | | | | | | | |
| | 理学療法士 | | | | | | | | |
| | 栄養士 | | | | | | | | |
| | 精神保健福祉士等 | | | | | | | | |
| 福祉用具貸与 | 専門相談員 | | | | | | | | |
| 特定福祉用具販売 | 専門相談員 | | | | | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問 介護看護 | 訪問介護員等(定期巡回サービス) | | | | | | | | |
| | 訪問介護員等(随時巡回サービス) | | | | | | | | |
| | オペレーター | | | | | | | | |
| | 看護職員 | | | | | | | | |
| | うち計画作成責任者 | | | | | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | オペレーター | | | | | | | | |
| | 訪問介護員等 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 介護従事者 | | | | | | | | |
| | 看護職員 | | | | | | | | |
| | 介護支援専門員 | | | | | | | | |
| 複合型サービス | 介護従事者 | | | | | | | | |
| | うち看護職員 | | | | | | | | |
| | 介護支援専門員 | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業 | 介護支援専門員 | | | | | | | | |
| 介護予防支援 | 介護支援専門員 | | | | | | | | |

② 居宅介護・介護予防(入居に係る利用料負担が必要なもの)

入居に係る利用料以外の額を記載

| 事業の種類 | 職種 | 居宅介護 | | | | 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・ | 介護予防 | | | | 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・ |
|----------------------|---------|---------|-----|---------|-----|-----------|-------------------------------|------|--|--|--|-----------|-------------------------------|
| | | 職員の配置状況 | | 職員の配置状況 | | | | | | | | | |
| | | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | 介護従事者 | | | | | | | | | | | | |
| 地域密着型 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 | | | | | | | | | | | | |
| | 介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | |

【入居に係る利用料の額】(単位:円)

※ ②に係る事業については、入居に係る利用料が住宅扶助により利用できる額(基準額に1.3倍を乗じた特別基準額以内)であることが、指定の要件となっています。

注1: 入居に係る利用料が、住宅扶助基準額(1.0倍額)を超える場合には、特別基準の適用対象の被保護者しか利用できないこととなります。(住宅扶助基準額は、市町村により異なる場合がありますので、事業所所在地の福祉事務所又は栃木県保健福祉課までお問い合わせ下さい。)

注2: 入居に係る利用料以外の利用者負担が、生活扶助基準額を超える場合には、被保護者の利用はできません。

③ 施設介護

| 施設の種類 | 職種 | 職員の配置状況 | | | | 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・ |
|-----------|----------|---------|----|-----|----|-----------|-------------------------------|
| | | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | |
| 介護老人保健施設 | 医師 | | | | | | |
| | 薬剤師 | | | | | | |
| | 看護職員 | | | | | | |
| | 介護職員 | | | | | | |
| | 理学・作業療法士 | | | | | | |
| | 栄養士 | | | | | | |
| | 支援相談員 | | | | | | |
| | 介護支援専門員 | | | | | | |
| 介護療養型医療施設 | 医師 | | | | | | |
| | 薬剤師 | | | | | | |
| | 栄養士 | | | | | | |
| | 看護職員 | | | | | | |
| | 介護職員 | | | | | | |
| | 理学療法士 | | | | | | |
| | 作業療法士 | | | | | | |
| | 精神保健福祉士 | | | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | | |

・介護老人福祉施設
・地域密着型介護老人福祉施設
について

みなし指定の対象となる施設ですので、申請手続きは不要です。(介護保険法の指定があったときに、生活保護法の指定があったものとみなされます。)

別紙1又は別紙2のいずれかについて、記載項目が全くない場合には、添付を省略して差し支えありません。