

生活保護法及び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指定介護機関指定申請書（その1）

生活保護法第54条の2第4項の規定及び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第14条の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

名称 (事業所の名称)					
所在地 (事業所の名称)	〒				
連絡先	電話番号		FAX 番号		
管理者氏名			管理者生年月日	年 月 日	
管理者住所	〒				
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)		事業等開始 (予定)年月日	既指定 年月日	介護保険法の指定を受けている事業又は施設 指定等年月日 介護保険事業者番号	
居宅 介護	訪問介護	生活保護法による指定を受ける日	生活保護法による指定を既に受けている場合は、その指定日を記入	介護保険法による指定を受けた日および介護事業所番号	
	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				
	特定福祉用具販売				
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				
	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				
特定介護予防福祉用具販売					
居宅介護支援事業					
施設 介護	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				
職員配置の状況	別紙1及び2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					

年 月 日
岐阜県知事 様

住 所
申請 (開設) 者 氏 名
生年月日

年 月 日

生活保護法及び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指定介護機関指定申請書（その2）

生活保護法第54条の2第4項の規定及び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第14条の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

名 称 (事業所の名称)					
所 在 地 (事業所の名称)		〒			
連 絡 先		電話番号		FAX 番号	
管理者氏名		管理者生年月日		年 月 日	
管理者住所		〒			
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)		事業等開始 (予定)年月日	既指定 年月日	介護保険法の指定を受けている事業又は施設	
				指定等年月日	介護保険事業者番号
居宅介護 (地域密着型)	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				
施設	地域密着型介護老人福祉施設				
介護予防 (地域密着型)	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				
地域包括支援センター					
職員配置の状況		別紙2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					

生活保護法による指定を受ける日

生活保護法による指定を既に受けている場合は、その指定日を記入

介護保険法による指定を受けた日および介護事業所番号

年 月 日

岐阜県知事 様

住 所
申請者
氏 名
生年月日

年 月 日

(別紙1)

実施する事業等の種類	職員配置の状況 (人)	常勤				非常勤				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		専任	兼務	専任	兼務				
		専任	兼務								
居宅介護	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	看護職員 理学・作業療法士									
	訪問リハビリテーション	理学・作業療法士									
	居宅療養管理指導	医師 歯科医師 管理療養士 薬剤師 歯科衛生士									
	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 看護職員 介護職員 支援相談員									
	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 その他									
	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 理学・作業療法士 栄養士 精神保健福祉士等									
	特定施設入居者介護	生活相談員 看護職員 介護職員 機能訓練指導員 作成担当者								住居費 円 食事代 円 光熱費 円 保証金・敷金 円 その他 () 円	
	福祉用具貸与	専門相談員									
	特定福祉用具販売	専門相談員									
居宅介護支援事業	介護支援専門員										
施設介護	介護老人福祉施設		みなし								
	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 介護支援専門員等									
	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・作業療法士 精神保健福祉士等 介護支援専門員等									

(別紙2)

実施する事業等の種類	職員配置の状況					利用 定員数	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					
	介護予防訪問リハビリテーション	理学・作業療法士					
	介護予防居宅療養管理指導	医師 歯科医師 薬剤師 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 言語聴覚・歯科衛生士 介護職員 機能訓練指導員 管理栄養士					
	介護予防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 言語聴覚・歯科衛生士 介護職員 支援相談員 管理栄養士					
	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 その他					
	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 支援相談員 理学・作業療法士 栄養士 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 作成担当者					住居費 円 食事代 円 光熱費 円 保証金・敷金等 円 その他() 円
介護予防福祉用具貸与	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 (地域密着型)	夜間対応型訪問介護	訪問介護員等 オペレーター 面談相談員					
	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	介護従業者 看護職員 介護支援専門員					
	認知症対応型共同生活介護	介護従業者 計画/作成担当者					住居費 円 食事代 円 光熱費 円 保証金・敷金等 円 その他() 円
	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 計画/作成担当者					住居費 円 食事代 円 光熱費 円 保証金・敷金等 円 その他() 円
施設	地域密着型介護老人福祉施設			みなし指定			
介護予防 (地域密着型)	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 計画/作成担当者					住居費 円 食事代 円 光熱費 円 保証金・敷金等 円 その他() 円
	地域包括支援センター	保険師・看護職員 社会福祉士 介護支援専門員					

注意事項

1. この書類は、岐阜県知事あてに直接又は所在地を管轄する福祉事務所を経由して提出してください。
2. 貴機関等が指定された場合には、岐阜県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。居宅介護事業者又は介護予防事業者が申請する場合には、その事業の種類及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、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には、その開設する事業所ごとに記載してください。
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認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。
3. 「管理者氏名」は、介護保険法等の規定に基づき配置した管理者の氏名を記載してください。
4. 保険医療機関、保険薬局等で、既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正してそのすべてを記載してください。
5. 「施設又は実施する事業の種類」欄は、今回指定申請する事業について、該当する欄にすべて「○」を記載してください。なお、介護老人福祉施設については、「みなし」と記載してください。
6. 「既指定の年月日」欄は、すでに本法による指定を受けている事業等につき、その指定を受けた年月日を記載してください。

なお、介護保険法施行法等関係法令の規定に基づき指定があったものとみなされたものについては「12.4.1」と記載し、介護保険法施行令等の一部を改正する政令（平成十八年政令第154号）15号付則の規定に基づき指定があったものとみなされたものについては「18.4.1」と記載してください。
7. 「介護保険法の指定を受けている事業等」欄は、該当する欄に介護保険法の指定又は開設許可を受けた年月日及び介護保険事業所番号を記載して下さい。申請中の場合は、「指定等年月日」欄に「申請中」と記載してください。なお、介護保険法施行法等関係法令の規定に基づき指定があったものとみなされたものについては指定等年月日欄に「12.4.1」と記載し、介護保険法施行令等の一部を改正する政令（平成十八年政令第154号）15号付則の規定に基づき指定があったものとみなされたものについては「18.4.1」と記載してください。
8. 「職員配置の状況」欄は、各事業等ごとに、職種別に、申請時の実人員の数を記載してください。
9. 「利用定員等」欄は、入院、入所（利用）定員を定めている場合に、各事業所ごとに、申請時における数を記載してください。
10. 「サービス費用基準額以外に必要な利用料の額」欄は、介護保険給付の対象となるサービス費用基準額以外に必要な利用料の額を記載してください。なお、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護については、入居に係る利用料とそれ以外を区別して記載してください。
11. 申請者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事業所の所在地を記載してください。