

(表面)

生活保護法等指定介護機関指定申請書

平成 年 月 日

奈良県知事 殿

住 所

申請者 氏 名

(印)

(法人の場合は名称及び代表者名)

生活保護法(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項の規定においてその例によるとされる場合を含む。)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。

ふりがな 名 称							
所在地		〒					
連絡先		電話番号		FAX番号			
管理者氏名							
医療機関コード等							
施設又は実施する事業の種類		事業等開始(予定) 年月日	既指定の 年月日	介護保険法の指定を受けている事業等			
				指定年月日	介護保険事業者番号		
居宅サービス	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						
特定福祉用具販売							
居宅介護支援事業							
施設サービス	★介護老人福祉施設						
	★介護老人保健施設						
	★介護療養型医療施設						

※「\*」のサービスについては、生活保護受給者が入居できる利用料である必要があります。

※(裏面)に続く。

※「★」施設サービス(個室)については、居住費・食費が、多床室基準(300円)に利用日数を乗じた料金しか生活保護では支給出来ません。(記入要領10参照)

(裏面)

施設又は実施する事業の種類		事業等開始(予定)年月日	既指定の年月日	介護保険法の指定を受けている事業等																
				指定年月日		介護保険事業者番号														
介護予防サービス	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																			
地域密着型サービス	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																			
	★地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護																			
	複合型サービス																			
地域密着型介護予防サービス	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																			
介護予防支援事業																				
サービス費用基準額以外に必要な利用料の額																				

※サービス費用基準額以外に必要な利用料の額については、別紙記載要領8に従い、実施サービス毎に記載してください。  
 ※「\*」のサービスについては、生活保護受給者が入居できる利用料である必要があります。  
 ※「★」施設サービス(個室)については、居住費・食費が、多床室基準(300円)に利用日数を乗じた料金しか生活保護では支給出来ません。(記入要領10参照)

## 生活保護法指定介護機関指定申請書記入要領

### 注意事項

- 1 この書類は、奈良県知事(地域福祉課)あてに直接提出してください。(郵送可)
- 2 貴機関等が指定された場合には、奈良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
- 3 奈良市内に所在地を有する事業所については、奈良市長(奈良市福祉事務所保護課)あてに申請をいただくこととなりますのでご注意願います。

### 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、介護予防事業者、居宅介護支援事業者又は介護予防支援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、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして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。
- 5 「施設又は実施する事業の種類」欄は、今回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、介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護については、「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」又は「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者番号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」又は「18. 4. 1」と記載してください。
- 8 「サービス費用基準額以外に必要な利用料の額」欄は、認知症対応型共同生活介護、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、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護の各事業の場合に限り、各事業ごとに、定めている利用料すべてについて、特に入居に係る利用料とそれ以外が明確に区別されるように記載してください。
- 9 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務所の所在地を記載し、代表者印を押印してください。
- 10 施設サービスについて、個室の居住費・食費について施設側が減免した場合に限り、生活保護受給者が利用する事ができます。生活保護制度以外の制度ですが、社会福祉法人の減免制度や、医療法人の無料低額老健事業等の他法他施策をお願いする事になります。