様式第９号

（表）

指 定 介 護 機 関 指 定 申 請 書

　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もの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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 電話番号 | | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |
| 開設者の氏名、生年月日、住所  （法人の場合は、「氏名（名称等）」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所（所在地）」欄に主たる事務所の所在地を記載） | | | 氏名（名称等） | | | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | | 生年月日 | | | | 年　 月 　日 | | | | | | | |
|  | | |
| 住所（所在地） | | | 〒　　- | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者の氏名、生年月日及び住所 | | | 氏 　名 | | | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | | 生年月日 | | | | 年　 月 　日 | | | | | | | |
|  | | |
| 住 　所 | | | 〒　　- | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設又は実施する事業の種類 | | | | | 事業等開始  （予定）年月日  （介護・介護予防） | | 既に受けた  指定の年月日  （介護・介護予防） | 介護保険法の指定を受けている事業等 | | | | | | | | | | | | |
| 指定等  年月日 | | 介護保険事業者番号 | | | | | | | | | | |
| 居　宅  介　護 | | 訪問介護 | |  | (介・予) | | (介・予) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問入浴介護 | |  | (介・予) | | (介・予) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問看護 | |  | (介・予) | | (介・予) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問リハビリテーション | |  | (介・予) | | (介・予) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅療養管理指導 | |  | (介・予) | | (介・予) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所介護 | |  | (介・予) | | (介・予) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所リハビリテーション | |  | (介・予) | | (介・予) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 短期入所生活介護 | |  | (介・予) | | (介・予) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 短期入所療養介護 | |  | (介・予) | | (介・予) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 特定施設入居者生活介護 | |  | (介・予) | | (介・予) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 福祉用具貸与 | |  | (介・予) | | (介・予) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 特定福祉用具販売 | |  | (介・予) | | (介・予) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅介護支援事業 | | | |  | (介) | | (介) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防支援事業 | | | |  | (予) | | (予) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 施　設  介　護 | 介護老人福祉施設 | | |  | (介) | | (介) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護老人保健施設 | | |  | (介) | | (介) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護療養型医療施設 | | |  | (介) | | (介) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護医療院 | | |  | (介) | | (介) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 地　域  密着型 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | |  | (介) | | (介) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜間対応型訪問介護 | | |  | (介) | | (介) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 地域密着型通所介護 | | |  | (介) | | (介) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 認知症対応型通所介護 | | |  | (介・予) | | (介・予) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 小規模多機能型居宅介護 | | |  | (介・予) | | (介・予) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 認知症対応型共同生活介護 | | |  | (介・予) | | (介・予) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 特定施設入居者生活介護 | | |  | (介) | | (介) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護老人福祉施設入所者生活介護 | | |  | (介) | | (介) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 複合型サービス | | |  | (介) | | (介) |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 職員配置の状況、利用定員等及びサービス費用基準額以外に必要な利用料の額  (添付しているものを○で囲んでください。) | | | | | 別紙１  別紙２ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号まで（指定欠格事由）に該当しない旨の誓約 | | | | | ※「指定欠格事由」に該当しないことを確認後、  ＜チェック欄＞  　　　　　　　　　　　　　左のチェック欄にチェック（☑）してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |

　　年　　月　　日

　広　島　県　知　事　 様

**（福祉事務所経由）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　住　　所

　　　　　 申請者

氏名

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４とすること。

（裏）

注意事項

　１　この書類は、所在地を管轄する保護の実施機関（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、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。

　２　居宅介護事業者、介護予防事業者、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。

　３　「名称」欄は、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記載してください。

　４　開設者が法人の場合、「氏名（名称等）」に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所（所在地）」に法人の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、生年月日については記載の必要はありません。

　５　「管理者の氏名、生年月日及び住所」欄は、介護保険法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。

６　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。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。

　７　「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、該当する欄すべてに「○」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。

８　「事業等開始（予定）年月日」欄は、事業等を開始した年月日又は事業等を開始する予定年月日を記入するとともに、介護給付、介護予防給付の別について該当するものを○で囲んでください。

　９　「既に受けた指定の年月日」欄は、既に生活保護法による指定を受けている事業等がある場合に、その指定を受けた年月日を記載するとともに、介護給付、介護予防給付の別について該当するものを○で囲んでください。

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」と記載してください。

１０　「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。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、「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、「18.4.1」と記載ください。

１1　　「生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号まで（指定欠格事由）に該当しない旨の誓約」については、「指定欠格事由」に該当しない場合、チェック欄にチェック（☑）してください。

　１2　　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てください。

別紙の添付について

　１　「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。ただし、介護老人福祉施設については、職種別の区分は必要ありません。

２　「利用定員等」欄は、入院・入所（利用）定員を定めている場合に、各事業等ごとに、申請時における数を記載してください。

　３　「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事業及び特定施設入居者生活介護事業の場合に限り、各事業ごとに、定めている利用料すべてについて、入居に係る利用料とそれ以外を明確に区別して記載してください。

４　必要に応じて、記載に代えて内容が明記された書類を添付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | 利用定員等  （別紙１　介護給付） | サービス費用基準額以外に必要な利用料の額 |
|  |  | |  | |
|  |  |  |  |
|  | 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 |  |  |  |  |
| 薬剤師 |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 作業療法士 |  |  |  |  |
| 理学療法士 |  |  |  |  |
| 栄養士 |  |  |  |  |
| 精神保健福祉士等 |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  | |
| 介護老人保健施設 | 医師 |  |  |  |  |  |  |
| 薬剤師 |  |  |  |  |
| 看護職員 |  |  |  |  |
| 介護職員 |  |  |  |  |
| 理学療法士 |  |  |  |  |
| 作業療法士 |  |  |  |  |
| 言語聴覚士 |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  | |
| 看護職員 |  |  |  |  |  | |
| 介護職員 |  |  |  |  |  | |
| 理学療法士 |  |  |  |  |  | |
| 作業療法士 |  |  |  |  |  | |
| 栄養士 |  |  |  |  |  | |
| 精神保健福祉士 |  |  |  |  |  | |
| 介護支援専門員 |  |  |  |  |  | |
| 介護医療院 | 医師 |  |  |  |  |  | |
| 薬剤師 |  |  |  |  |  | |
| 看護職員 |  |  |  |  |  | |
| 介護職員 |  |  |  |  |  | |
| 理学療法士 |  |  |  |  |  | |
| 作業療法士 |  |  |  |  |  | |
| 言語聴覚士 |  |  |  |  |  | |
| 栄養士 |  |  |  |  |  | |
| 介護支援専門員 |  |  |  |  |  | |

（別紙２　介護予防給付・地域密着型・地域密着型介護予防）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | | | 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 |
|  |  | |  | |
|  |  |  |  |
|  | 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 |  |  |  |  |
| 薬剤師 |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 作業療法士 |  |  |  |  |
| 理学療法士 |  |  |  |  |
| 栄養士 |  |  |  |  |
| 精神保健福祉士等 |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 福祉用具貸与 | | 専門相談員 |  |  |  |  |  |  |
| 特定福祉用具販売 | | | 専門相談員 |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防支援事業 | | | 介護支援専門員 |  |  |  |  |  |  |
|  | 介　　護　　給　　付 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 夜間対応型訪問介護 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 地域密着型通所介護 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 複合サービス |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防給付 | 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 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |