第30号様式（第７条関係）

生活保護法等指定介護機関指定申請書

年　　月　　日

いわき市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者  (開設者) | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | | | |  | |  | | | |  |  |  |  | | |  | | |  |  | |  |
| 事業所の名称 | | | | (フリガナ） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | |
| 開設者 | | | 氏名  (名称) | (フリガナ） |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| ※法人の場合は名称及び代表者の職・氏名 | | | | | | | | | | ※法人の場合は記載不要 | | | | |
| 住所  (所在地) | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※法人の場合は主たる事務所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | | | 氏名 | (フリガナ） |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設又は実施する事業の種類（※申請するサービスの左枠内に○を印してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護 |  | 訪問介護 | | | | | 介護予防 |  |  | | | | | | 地域密着型 | |  | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | |
|  | 訪問入浴介護 | | | | |  | 介護予防訪問入浴介護 | | | | | |  | 夜間対応型訪問介護 | | | | |
|  | 訪問看護 | | | | |  | 介護予防訪問看護 | | | | | |  | 地域密着型通所介護 | | | | |
|  | 訪問リハビリテーション | | | | |  | 介護予防訪問リハビリテーション | | | | | |  | 認知症対応型通所介護 | | | | |
|  | 居宅療養管理指導 | | | | |  | 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | |  | 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | |
|  | 通所介護 | | | | |  |  | | | | | |  | 小規模多機能型居宅介護 | | | | |
|  | 通所リハビリテーション | | | | |  | 介護予防通所リハビリテーション | | | | | |  | 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | |
|  | 短期入所生活介護 | | | | |  | 介護予防短期入所生活介護 | | | | | |  | 認知症対応型共同生活介護 | | | | |
|  | 短期入所療養介護 | | | | |  | 介護予防短期入所療養介護 | | | | | |  | 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 | | | | |  | 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | | |  | 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | |
|  | 福祉用具貸与 | | | | |  | 介護予防福祉用具貸与 | | | | | | ※ | 地域密着型介護老人福祉施設入所者  生活介護（※申請不要） | | | | |
|  | 特定福祉用具販売 | | | | |  | 特定介護予防福祉用具販売 | | | | | |
|  |  | 居宅介護支援 | | | | | 介護予防・  日常生活支援 |  | 訪問型サービス | | | | | | 施設介護 | | ※ | 介護老人福祉施設（※申請不要） | | | | |
|  |  | 介護予防支援 | | | | |  | 通所型サービス | | | | | |  | 介護老人保健施設 | | | | |
|  |  |  | | | | |  | その他の生活支援サービス | | | | | |  | 介護医療院 | | | | |
|  |  |  | | | | |  | 介護予防ケアマネジメント | | | | | |  | |  |  | | | | |
|  |  |  | | | | |  |  |  | | | | | |  | |  |  | | | | |
| 生活保護法第49条の２第２項第２号から第９号までに該当しない旨の誓約 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ | |

備　考

貴機関が指定された場合には、いわき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。