

記入例

指定介護機関 指定申請書

この欄は空欄としてください。

平成 年 月 日

(あて先)
埼玉県知事

申請者(介護保険事業者の住所、氏名(法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称))

住所 〒

法人の場合、法人代表者印を押印。(必須)

氏名

(印)

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律に規定される指定介護機関の指定を受けたいので、次のとおり指定を申請します。

事業所 名称	ホームヘルプサービス コバトン				事業所 所在地	〒360-0041 熊谷市宮町〇-〇-〇								
介護保険事業者番号	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	管理者氏名	埼玉 太郎	電話番号	048-×××-〇〇〇
施設又は実施する事業の種類	申請 事業	指定を 希望する日	介護保険法 指定日	施設又は実施する事業の種類	申請 事業	指定を 希望する日	介護保険法 指定日	サービス費用基準額 以外に必要な利用料 の額(※1、※2の 場合に記入)						
居 宅 介 護	訪問介護	○	H24.4.1	H24.4.1	介護予防 訪問介護	○	H24.4.1	H24.4.1	※1 居住費(賃料) 円/月 ※2 居室の種類 〔 〕 居住費・滞在費 円/日 食費 円/日					
	訪問入浴介護				介護予防 訪問入浴介護									
	訪問看護				介護予防 訪問看護									
	訪問リハビリテーション	指定を希望するすべてのサービスにつ いて記入			介護予防 訪問リハビリテーション									
	居宅療養管理指導				介護予防 居宅療養管理指導									
	通所介護				介護予防 通所介護									
	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									
	短期入所生活介護 ※2				介護予防 短期入所生活介護 ※2									
	短期入所療養介護 ※2				介護予防 短期入所療養介護 ※2									
	特定施設入居者生活介護 ※1				介護予防 特定施設入居者生活介護 ※1									
	福祉用具貸与				介護予防 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				介護予防 認知症対応型通所介護									
小規模多機能型居宅介護				介護予防 小規模多機能型居宅介護										
認知症対応型共同生活介護 ※1				介護予防 認知症対応型共同生活介護 ※1										
地域密着型特定施設入居者生活介護 ※1														
複合型サービス														
施 設 介 護	地域密着型介護老人福祉施設 ※2				特定福祉用具販売									
	介護老人福祉施設 ※2				特定介護予防福祉用具販売									
	介護老人保健施設 ※2				居宅介護支援	○	H24.4.1	H24.4.1						
	介護療養型医療施設 ※2				介護予防支援									

福祉事務所記入欄

福祉事務所(担当)

必要な項目について、すべて記入されている。

指定を希望する日は介護保険法指定日以降の日となっている。