

# 記入例

(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 630-0000  
奈良市〇〇町1-1-1  
申請者 氏 名 有限会社△△△  
(法人名) 代表取締役 奈良 太郎

社印

代表者印

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者の所在地を記載し、押印してください。

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	〇〇かいごじぎょうしょ 〇〇介護事業所		略称等を用いることなく、正式な名称(介護保険法の指定と同じ名称)を記入してください。		
所在地	〒634-0000 橿原市△△町1-1-1				
連絡先	電話番号 0744-00-1111	FAX番号 0744-00-1112			
管理者氏名	奈良太郎				
医療機関コード等	生活保護の事業開始です				
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	○	H20.4.1		
	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	○	H20.4.1		
	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		H17.12.1	H17.12.1	2 9 1 2 3 4 5 6 7 8
	*特定施設入所者生活介護				
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				

今回生活保護の指定を申請する事業について○を記入してください。

介護保険法の指定です

事業者番号がまだ決定していない場合は、空欄で結構です。

同じ介護保険事業者番号で、同じ事業開始(予定)年月日の事業について申請をするときは、1枚の申請書で複数の事業を申請していただくことができます。(異なる場合は、申請書を分けて提出していただくことになります。)

既に生活保護法による指定を受けている場合は、指定年月日を記入してください。

※「\*」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。 ※(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															
居宅サービス	介護予防訪問介護	○	H20.4.1																				
	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	○	H20.4.1																				
	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			<p>○認知症対応型共同生活介護 食費30,000円、光熱水費10,000円、理美容代2,000円、おむつ代実費、利用料35,000円、入所一時金200,000円</p>																				

介護予防サービスや地域密着型サービスも実施する場合は、忘れずに記入してください。

「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」、「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」、「介護予防認知症対応型共同生活介護」については、サービス費以外の利用料について、各事業ごとに明確に記入して頂きますようお願いいたします。  
 なお、利用料が生活保護基準を上回る場合には、基準額以内まで減免を講じて頂くことになります。

※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、特定施設入所者生活介護、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所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、生活保護制度では個室の利用はできません。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。