

(表)

生活保護法  
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び  
特定配偶者の自立の支援に関する法律

指定介護機関 指定申請書

名 称	(フリガナ)		
所 在 地	〒 ー		
	(TEL )		
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)	(フリガナ)	
	生年月日	年 月 日	
	(所在地)	〒 ー	
管理者の氏名, 生年月日及び住所	氏名	(フリガナ)	
	生年月日	年 月 日	
	住所	〒 ー	
介護保険事業所番号			
今回申請する事業の種類	介護保険法の指定年月日	年 月 日	
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事項	<input type="checkbox"/> ※該当しない場合にチェックを付けてください。		
指定希望年月日	年 月 日 (新規申請の場合のみ記入してください)		
現に受けている生活保護法による指定の有効期間満了日	年 月 日 (更新申請の場合のみ記入してください)		

上記のとおり指定を申請します。

令和 年 月 日

高知市長 様

住所

申請者(開設者)

氏名

## 注意事項

- 1 この書類は、高知市長宛に直接高知市福祉事務所(福祉管理課)まで提出してください。
- 2 貴機関が指定された場合には、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。

## 記載要領

- 1 「**名称**」は、略称等を用いることなく、介護保険法により許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。事業の種類により名称が異なる場合は、申請書を分けて提出してください。
- 2 「**所在地**」は、ビル・マンション名も記載してください。
- 3 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名・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。
- 4 「**介護保険事業者番号**」は、介護保険法による事業者番号を記載してください。
- 5 「**今回申請する事業の種類**」は、予防サービスも含め記載してください。
- 6 「**介護保険法の指定年月日**」は、今回申請する各事業について、介護保険法の許可又は指定を受けた年月日を記載してください。
- 7 申請者(開設者)の署名は、法人の場合は、名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。

## 添付書類

- 1 別紙誓約書
- 2 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、介護予防特定施設入居者生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護の事業を申請する場合は、利用料金、家賃等が分かるものを添付してください。

## (参考)事業の種類別

訪問介護	介護予防訪問介護
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	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	介護予防短期入所生活介護
短期入所療養介護	介護予防短期入所療養介護
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
福祉用具貸与	介護予防福祉用具貸与
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	介護予防支援
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
地域密着型通所介護	
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	介護予防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	
看護小規模多機能型居宅介護	
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	