

(参考様式)

生活保護法・中国残留邦人等支援法 指定介護機関の指定を不要とする旨申出書

生活保護法及び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に基づき、指定介護機関としての指定を不要とする旨申し出ます。

| | | | | | | | | | | |
|---------------|-------------|----------------------------|--|------------------|--|---------------|--|--|--|--|
| 介護保険 事業所番号 | 1 | 3 | | | | | | | | |
| 介護機関 (事業所) | 名称 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | |
| 管理者 | 氏名 | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | |
| 指定を不要とするサービス | チェック | 該当するサービスのチェック欄に×印を付けてください。 | | | | | | | | |
| | 居宅サービス | | | | | 介護予防サービス | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | |
| | 地域密着型サービス | | | | | 地域密着型介護予防サービス | | | | |
| | | 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 | | 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 | | 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | |
| | 介護予防・日常生活支援 | | | | | | | | | |
| | | 訪問型サービス | | 通所型サービス | | | | | | |
| | | その他の生活支援サービス | | 介護予防ケアマネジメント | | | | | | |
| | 介護保険施設 | | | | | | | | | |
| | | 介護老人保健施設 | | 介護医療院 | | | | | | |

※本申出書には添付書類は不要です。

年 月 日
東京都知事 殿

【申出者(開設者)】

法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)
〒

法人の名称(個人の場合は個人氏名)

代表者職氏名

連絡先電話番号 TEL (- -) / 担当者氏名 ()

【申出書の提出先】 〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1 東京都福祉局生活福祉部保護課介護担当 宛

平成26年7月1日以降に介護保険法の指定・許可を受けた事業所・施設は、生活保護法の指定介護機関の指定を受けたものとみなされます。

この「みなし指定」を受けない事業所・施設については、生活保護法の規定に基づき、この「指定を不要とする旨申出書」を提出してください。

※ この様式を提出すると、サービス利用者が生活保護を開始した場合、あらかじめ東京都に指定申請手続きをしないと、国民健康保険団体連合会に生活保護の公費の請求ができなくなります。

地域密着型サービスの申出の場合

地域密着型サービスの場合は、お手数ですが、この申出書を東京都に提出していただくほかに、指定を受けた区市町村の介護保険所管部署に申出書の写しをご提出いただくか、生活保護の指定を受けない旨をご連絡ください。