

指定介護機関指定申請書

年 月 日

那覇市長 宛

〒

住所

申請者
(開設者)

氏名

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、次のとおり申請します。

フリガナ	
事業所名称	
所在地	
介護保険事業者番号	電話番号 FAX番号
開設者の氏名、生年月日、住所 ※法人の場合は、「氏名(名称)」欄に法人の名称を、代表者の職・氏名は「職名・氏名」欄に記載して下さい。「住所」欄に主たる事務所の所在地(法人登記上の住所)を記載してください。	氏名(フリガナ)
	生年月日 年 月 日 職名・氏名
	住所
管理者の氏名、生年月日、住所	氏名(フリガナ) 生年月日 年 月 日
	住所
当該指定に係る施設又は事業所において行う事業の種類	介護保険法指定年月日
	介護保険法指定年月日
	介護保険法指定年月日
	介護保険法指定年月日
	介護保険法指定年月日
指定に係る施設(地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設)、又は実施する事業(短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護に限る)について、サービス費用基準額以外に必要な利用料の額	居室の種類 居住費・滞在費 円/日 食費 円/日
指定に係る実施する事業(特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護予防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限る)について、サービス費用基準額以外に必要な利用料の額	居住費(賃料) 円/月
遡及希望日 年 月 日	指定の遡及が必要な理由

■注意事項

1. 申請するときは、誓約書(指定介護機関関係)(第6号様式)のほか、介護保険法の事業所指定の指定通知書(みなし指定を受ける保険医療機関・保険薬局については、①介護保険の指定年月日、②実施する事業の種類、③介護保険事業者番号がわかる書類)を添付してください。
※以下において、添付する書類について、「指定通知書等」と記載します。
2. 貴事業所等が指定された場合には、告示するほか、指定通知書により通知します。

■記載要領

1. 申請は、事業所名称、及び介護保険事業者番号が同一の場合は、1枚の申請書で可能です。
2. 「申請者」(開設者)は、個人の場合は申請者個人の住所・氏名を記載してください。
法人の場合は、法人名とともにその代表者の役職・氏名を記載し、住所については法人登記上の住所を記載してください。
3. 「事業所名称」欄は、介護保険法による開設許可又は指定を受けた正式な名称を記載してください。
4. 「所在地」欄は、介護保険法で指定されている所在地の住所を記載してください。
5. 「介護保険事業者番号」欄は、申請時に添付する指定通知書等に記載された介護保険事業者番号を記載してください。
6. 「開設者の氏名又は名称、生年月日、住所」欄は、次のとおりに記載してください。
(1)開設者が個人の場合は、当該個人の氏名・生年月日・住所を記載してください。
(2)開設者が法人の場合は、生年月日欄については記載不要です。
7. 「管理者の氏名、生年月日、住所」欄は、管理者である当該個人の氏名・生年月日・住所を記載してください。
8. 「実施する事業の種類」欄について
申請する事業について、指定通知書等に記載された事業の名称を記載し、「介護保険法指定年月日」欄に介護保険法の指定年月日を記載してください。
9. 指定年月日は、原則申請を受理した日以降となります。指定の遡及を必要とする場合は、希望する年月日、及び遡及適用が必要な理由を必ず記載して下さい。