

介護保険等利用被爆者助成特定事業者登録同意書

1 事業所

名称		電話番号												
所在地	〒	介護保険指定事業所番号												
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>												

2 利用者助成対象サービス(※実施されているサービスに○印をつけてください。)

○印	サービス
	11 訪問介護(ホームヘルプサービス)
	15 通所介護(デイサービス)
	21 短期入所生活介護(ショートステイ)
	51 介護福祉施設サービス
	24 介護予防短期入所生活介護
	54 地域密着型介護福祉施設入所者生活介護
	68 小規模多機能型居宅介護(短期利用型)
	69 介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用型)
	72 認知症対応型通所介護
	32 認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)
	38 認知症対応型共同生活介護(短期利用型)
	73 小規模多機能型居宅介護(短期利用型以外)
	74 介護予防認知症対応型通所介護
	37 介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)
	39 介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型)
	75 介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用型以外)
	76 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	77 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型以外)
	78 地域密着型通所介護
	79 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型)
	A1 訪問型サービス(みなし)
	A2 訪問型サービス(独自)
	A5 通所型サービス(みなし)
	A6 通所型サービス(独自)

熊本県介護保険等利用被爆者助成事業実施要綱に基づく、介護保険等利用被爆者助成特定事業者としての登録に同意します。

熊本県知事 様

年 月 日

開設者	所在地 又は住所	〒
	名称(法人名・ 代表者) 又は氏名	

この同意書に関する担当者
(問合せ先)

所属等
TEL

氏名
FAX