

## 生活保護法等指定介護機関指定申請書

生活保護法第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。

なお、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第14条第4項の規定に基づき、同様に指定を申請します。

フリガナ		
事業所の名称		
事業所の所在地	〒	
連絡先電話番号		
事業の種類 (別紙参照)		
介護保険法上の 指定状況	介護保険事業者番号	
	指定等年月日	
入居に係る 利用料(家賃)		

令和 年 月 日

熊本県知事様

(法人の場合は法人の主たる事務所所在地)

住所 〒

申請者 (連絡先TEL )

(法人の場合は法人名及び代表者名)

氏名

(印)

(裏面を確認の上、記載してください)

(注意事項)

1. この書類は、所在地を所管する福祉事務所を經由して提出してください。
2. 貴機関が指定された場合には、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. 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第14条第4項においてその例によるものとされた生活保護法第54条の2第1項の規定に基づく指定の申請をしない場合は、指定申請書の該当部分を二重線で消してください。

(記載例)

生活保護法第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。

~~なお、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第14条第4項の規定に基づき、同様に指定を申請します。~~

(記載事項)

■ 施設又は事業所ごとに記載してください。

開設者が同一法人等であっても、事業所名や介護保険事業者番号が異なる事業所については別途申請が必要です。

■ 「事業所の名称」

指定を受けようとする「施設」又は「事業所」の名称を記載してください。(法人名ではありません) 略称等を用いることなく、介護保険法にて開設許可若しくは指定を受け(て)いる正式な名称を用いて記載してください。

■ 「事業の種類」

今回指定を受けようとする施設又は事業所の事業の種類を「別紙」を参考のうえ、「別紙」の「番号」又は「事業の種類の名義」を記入してください。

■ 「介護保険法上の指定状況」

- ・「介護保険事業者番号」：介護保険法の事業者番号を記載してください。
- ・「指定等年月日」：介護保険法の指定又は開設許可を受けた年月日を記載してください。  
※申請中の場合は、「申請中」と記載してください。

※※介護保険法施行法の規定に基づき指定等があったものとみなされたものについては「12.4.1」と記載し、介護保険法施行令等の一部を改正する政令(平成18年政令第154号)附則の規定に基づき指定があったとみなされるものについては「18.4.1」と記載してください。

■ 「入居にかかる利用料(家賃)」

認知症対応型共同生活介護、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、介護予防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については、入居にかかる利用料(家賃)を記載してください。入居に係る利用料(家賃)が、生活保護における住宅扶助額の基準額以内であることが指定要件となります。

■ 「申請者」

申請者が法人の場合は、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(法人登記をされている代表者、所在地及び代表者印をお願いします)。

**介護機関の記入例**

生活保護法等指定介護機関指定申請書

生活保護法第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。

なお、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第14条第4項の規定に基づき、同様に指定を申請します。

フリガナ	クマモトホウモンカイゴサービス	
事業所の名称	熊本訪問介護サービス	
事業所の所在地	〒862-xxxx 宇城市松橋町久具400-1	
連絡先電話番号	0964-xx-0000	
事業の種類 (別紙参照)	①, ⑱ (もしくは、「訪問介護」「介護予防訪問介護」)	
介護保険法上の 指定状況	介護保険事業者番号	4300000000
	指定等年月日	平成〇〇年 4月 3日
入居に係る 利用料(家賃)	月額20,000円	

介護保険法にて指定等を受けた事業所名を記入してください

別紙を参照の上、今回指定を受けようとする事業所の事業の種類「番号」もしくは「事業の種類名称」を記入してください。申請者が同じであっても、介護保険法上の事業者番号や事業所名称が異なる場合は別申請となりますので、別申請事業所の事業の種類はここには記入しないでください。

「認知症対応型共同生活介護」等、申請書裏面の記載要領にある事業所については、入居に係る利用料(家賃)の額を記入してください。住宅扶助費の範囲内であることが指定要件です。

介護保険法上の指定年月日が平成26年7月1日以降の場合、新法により生活保護法に係る指定は「みなし指定」となりますので、申請は不要です。

(法人の主たる事務所所在地)

住所 〒862-8570  
熊本市水前寺6丁目18-1

開設者が法人の場合には、法人の主たる所在地、法人名、代表者職・氏名を、個人の場合には、開設者本人の住所及び氏名を記入してください。

申請者 (連絡先Tel 096-383-1111)

(法人の場合は法人名及び代表者名)

氏名 **社会福祉法人 〇〇会**  
**理事長 熊本 太郎**



開設者が法人の場合には、法人代表者印(登記されている印)を、個人の場合には、開設者本人の個人印(登録されている印)を押印してください。