

## 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

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
	61 介護予防訪問介護
	24 介護予防短期入所生活介護
	65 介護予防通所介護
	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
	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
	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

平成 年 月 日

開設者	所在地 又は住所	〒	印
	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

## 介護保険等利用被爆者助成特定事業者登録証明書

※開設者所在地

※開設者名

熊本県介護保険等利用被爆者助成事業実施要綱第9の規定により、次のとおり特定事業者として登録したことを証明します。

平成 年 月 日

熊本県知事

登録年月日	
指定記号番号	原介特第 号
名称	
所在地	

### 注 意 事 項

- 1 サービスを提供する際には、熊本県知事が交付した「被爆者健康手帳」を所持する被爆者であることを確認すること。  
なお、訪問介護サービスを提供する際には、併せて介護保険における「訪問介護利用者負担減額認定証」又は熊本県知事が交付した「訪問介護利用被爆者助成受給者証」を所持する被爆者であることを確認すること。
- 2 特定事業者は、被爆者が「被爆者健康手帳」を提示して介護保険サービスの利用を申し込んだときは、当該被爆者が支払うべき自己負担額及び標準負担額を受領することなくサービスを提供すること。
- 3 特定事業者は、被爆者が支払うべき自己負担額及び標準負担額を受領することなくサービスを提供したときは、介護報酬請求と併せて被爆者が支払うべき自己負担額及び標準負担額の全額を熊本県国民健康保険団体連合会に請求すること。
- 4 この登録証明書の記載事項に変更があったときは、10日以内に、この登録証明書を添えて、管轄の保健所を経由して県に届け出ること。  
なお、熊本市にあっては、熊本県健康づくり推進課に届け出ること。
- 5 この登録の辞退を申し出るときは、30日以上予告期間を設けて、この登録証明書を添えて、管轄の保健所を経由して県に届け出ること。  
なお、熊本市にあっては、熊本県健康づくり推進課に届け出ること。

## 介護保険等利用被爆者助成特定事業者登録変更届

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の登録事項について、下記のとおり変更します。

記

1 事業所の名称等〔現在の登録内容(変更前)〕

指定記号番号	原介特第	号	登録年月日	年	月	日
名称						
所在地						

2 変更事項  
【変更前】

【変更後】

3 変更理由

4 変更年月日 平成 年 月 日

熊本県知事 様 平成 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		印

この届に関する担当者  
(問合せ先)

所属等  
TEL

氏名  
FAX

## 介護保険等利用被爆者助成特定事業者登録辞退届

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を下記の理由で辞退します。

### 記

#### 1 事業所の名称等

指定記号番号	原介特第	号	登録年月日	年	月	日
名 称						
所 在 地						

2 辞退しようとする年月日 平成 年 月 日

#### 3 辞退する理由

熊本県知事 様 平成 年 月 日

開設者	所在地 又は住所	〒	印
	名称(法人名・ 代表者) 又は氏名		

この届に関する担当者  
(問合せ先)

所属等  
TEL

氏名  
FAX