

様式第1号

生活保護法・中国残留邦人等支援法  
指定介護機関 指定申請書

当介護機関は介護保険法の指定又は許可を受けており、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、次のとおり指定を申請します。

【施設・事業所】 ※ 実施する事業の種類により管理者が異なる場合は、申請書を複数作成してください。

介護保険事業所番号 1 3
事業所の名称
事業所の所在地 〒
管理者 氏名 自宅住所 生年月日
開設者 法人名称及び代表者職氏名 主たる事務所の所在地 生年月日

【施設又は実施する事業の種類】 申請するサービスの左枠内に○を印してください。

居宅介護 訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護 福祉用具貸与 特定福祉用具販売 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院
介護予防 介護予防訪問入浴介護 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防福祉用具貸与 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 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 地域密着型通所介護 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 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

★印のサービスを申請する場合は、契約内容等の確認が必要なので、事前にご連絡ください。
◆印のサービスを申請する場合は、利用料金の確認をしますので、運営規程を必ず添付してください。

【指定日遡及申請記入欄】

指定日の遡及を □要します。 □要しません(締切日の属する月の1日付の指定で申請します。)(いずれかに○を付けてください。)
「要します」に該当する場合のみ、下記①から③に記入してください。
① 指定介護機関の指定について 年 月 日 指定の遡及を希望します。
② 指定日をさかのぼる必要がある事業の種類(サービス種類):
③ 指定日をさかのぼる必要がある理由
生活保護を受けている利用者に対して、 年 月 日 から介護サービス提供(事業実施)を開始しているため。
その他( )

【指定欠格事由非該当誓約欄】

生活保護法第49の2第2項第2号から第9号まで(指定欠格事由)に該当しない旨を誓約します。 □(○を付けてください。)

※ 指定申請の締め切り日は、毎月15日(保護課介護担当必着)です。15日が閉庁日の場合、直前の閉庁日が締め切り日となります。

年 月 日
東京都知事 殿

【申請者(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 ( )

# 記入例

<保険医療機関・保険薬局の記入について>

介護保険事業所番号は

医科は 131に医療機関コードをつなげた番号

歯科は 133に医療機関コードをつなげた番号

薬局は 134に薬局コードをつなげた番号

円滑な帰国の促進並びに永住帰国し  
ます。

※ 実施する事業の種類により  
管理者が異なる場合は、申請書  
を複数作成してください。

## 【施設・事業所】

介護保険事業所番号	1	3	1	2	3	4	5	6	7	8
事業所の名称	とうきょうケアセンター									
事業所の所在地	〒111-0001 東京都新宿区北新宿1-1-1									
管理者	氏名 〇〇 〇太郎			自宅住所 東京都〇〇区〇〇1-2-3				生年月日 昭和 〇年 〇月 〇日		
開設者	法人名称及び代表者職氏名 (個人の場合は個人氏名) 株式会社〇〇サービス 代表取締役 東京 太郎			主たる事務所の所在地 (個人の場合は自宅住所) 東京都新宿区南新宿区2-2-2				生年月日 (個人の場合のみ)		

・介護保険の指定通知書に記載されている**事業所の正式名称**、  
所在地を正確に記載してください。  
・医療機関(薬局を含む)の場合は、健康保険法の指定通知書に  
記載されている**正式な医療機関名**、所在地を記載してください。

開設者欄と下記の申請書(開設者)欄(各点線○  
枠)は同じ内容を記載してください。

開設者が法人の場合  
は記載不要です。

## 【施設又は実施する事業の種類】

居宅介護	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護	地域密着型サービス	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護		<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護
	<input type="checkbox"/> 介護予防サービスが介護保険で指定されてい れば、合わせて申請をしてください。 ・指定申請できるサービスは、介護保険の指定 を受けたサービスのみです。	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション		<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション		<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 ◆	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 ◆		<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 ◆	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護 ◆		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 ★	<input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護 ★		<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与		<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 ★
	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/> 特定介護予防福祉用具販売		<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護 ★
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援		<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 ★
施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 介護予防支援	日常生活介護	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 介護医療院			<input type="checkbox"/> 訪問型サービス
				<input type="checkbox"/> 通所型サービス

居宅介護支援事業者が委託を受けて行う介護  
予防支援については、指定は不要です。

★印のサービスを申請する場合は、契約内容等の確認が必要なので、事

◆印のサービスを申請する場合は、利用料金の確認をしますので、運営規程を必ず添付してください。

## 【指定日遡及申請記入欄】

指定日の遡及を  要し  要しません。 (遡りの指定は原則できません。日付の指定で申請します。)(いずれかに○を付けてください。)

「要します」に該当する場合のみ、下記①から③に記入してください。

① 指定介護機関の指定について 年 月 日 指定の遡及を希望します。

② 指定日をさかのぼる必要がある事業の種類(サービス種類):

③ 指定日をさかのぼる必要がある理由  
生活保護を受けている利用者に対して、 年 月 日 から介護サービス提供(事業実施)を開始しているため。  
その他( )

・別紙「指定欠格事由」にて非該当を確認の上、  
「○」を記入してください。

## 【指定欠格事由非該当誓約欄】

生活保護法第49の2第2項第2号から第9号まで(指定欠格事由)に該当しない旨を誓約しま  
す。  (○を付けてください。)

※ 指定申請の締め切り日は、毎月15日(保護課介護担当必着)です。15日が閉庁日の場合、直前の閉庁日が締め切り日となります。

令和 〇年 〇月 〇日  
東京都知事 殿

書類を提出する日を  
記入してください。

### 申請者(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)

〒222-0002  
東京都新宿区南新宿区2-2-2

法人の名称(個人の場合は個人氏名)

株式会社〇〇サービス

代表者職氏名

代表取締役 東京 太郎

申請書の記入に関する都からの問い合  
わせに対応する方を記入してください。

連絡先電話番号 TEL ( 03 - 2121 - 1515 ) / 担当者氏名 ( 東京 花子 )