

介護事業所番号

1	4								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

(介護事業所番号が付番がされていない場合は記入不要です)

介護保険法指定申請連絡票(生活保護みなし指定用)

1 介護機関の名称・所在地及び連絡先

事業所名称	ふりがな		
事業所所在地	〒		
事業所連絡先	-	担当者氏名	※本紙内容について、問合せが可能な番号、担当者を記載してください

2 開設者の名称及び住所

※開設者氏名欄…開設者が法人の場合は法人名、代表者欄に代表者名を、法人以外の場合は代表者名を記載してください。
 ※開設者住所欄…開設者が法人の場合は法人の所在地を、法人以外の場合は代表者の住所を記載してください。

開設者氏名(名称)	ふりがな	代表者	ふりがな
		職名	
開設者住所(所在地)	〒		

3 管理者の氏名及び住所

管理者氏名	ふりがな	管理者住所	〒
-------	------	-------	---

4 事業の介護保険法による事業の指定又は開設許可年月日及び種類

(介護保険の指定又は開設許可年月日を記入し、該当する事業の種類にチェックをしてください。)

・介護保険の指定を受けた年月日

年	月	日
---	---	---

居宅サービス		介護予防サービス		施設サービス	
<input type="checkbox"/>	訪問介護	<input type="checkbox"/>	介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	介護老人福祉施設
<input type="checkbox"/>	訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/>	介護老人保健施設
<input type="checkbox"/>	訪問看護	<input type="checkbox"/>	介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	介護療養型医療施設
<input type="checkbox"/>	訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	介護医療院
<input type="checkbox"/>	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	介護予防通所リハビリテーション	地域密着型サービス	
<input type="checkbox"/>	通所介護	<input type="checkbox"/>	介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
<input type="checkbox"/>	通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	夜間対応型訪問介護
<input type="checkbox"/>	短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	<input type="checkbox"/>	認知症対応型通所介護
<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	介護予防特定施設入居者生活介護(※)	<input type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護(介護医療院)	<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"/>	特定施設入居者生活介護(※)	<input type="checkbox"/>	特定介護予防福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	地域密着型特定施設入居者生活介護(※)
<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与	介護予防・生活支援サービス		<input type="checkbox"/>	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
<input type="checkbox"/>	特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	訪問型サービス	<input type="checkbox"/>	看護小規模多機能型居宅介護
居宅介護支援 介護予防支援 介護予防ケアマネジメント		<input type="checkbox"/>	通所型サービス	<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護
		<input type="checkbox"/>	その他の生活支援サービス	地域密着型介護予防サービス	
<input type="checkbox"/>	居宅介護支援	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型通所介護
<input type="checkbox"/>	介護予防支援	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	介護予防小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメント	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型共同生活介護(※)

(※)のついているサービスは、事業所の設定する利用料金が記載された書類の写しを添付してください。