

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	
									年 月 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)				主たる事務所の所在地 (個人の場合は自宅住所)				生年月日 (個人の場合のみ)	
									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	<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"/>	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"/>	地域密着型通所介護
	<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"/>	認知症対応型通所介護
	<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		<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型通所介護
	<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"/>	小規模多機能型居宅介護
	<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"/>	介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/>	短期入所生活介護 ◆	<input type="checkbox"/>	介護予防特定施設入居者生活介護 ★		<input type="checkbox"/>	認知症対応型共同生活介護 ★
	<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護 ◆	<input type="checkbox"/>	介護予防福祉用具貸与		<input type="checkbox"/>	介護予防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	<input type="checkbox"/>	居宅介護支援		<input type="checkbox"/>	看護小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/>	特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	介護予防支援		<input type="checkbox"/>	訪問型サービス
	施設	<input type="checkbox"/>	介護老人保健施設				日常生活支援
<input type="checkbox"/>		介護療養型医療施設			<input type="checkbox"/>	その他の生活支援サービス	
<input type="checkbox"/>		介護医療院			<input type="checkbox"/>	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、電話予約の上、来庁により持参してください。
◆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。

【指定日選及申請記入欄】

指定日の選及を 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 指定の選及を希望します。

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

(印)

法人の場合は
法人代表者印
(丸印)

連絡先電話番号 TEL () / 担当者氏名 ()

生活保護法第54条の2第4項において準用する
同法第49の2第2項各号に該当しない旨の誓約書

介護用

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

(印)

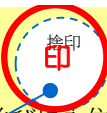
法人の場合は
法人代表者印
(丸印)事業所名: _____ (事業所番号: _____) については、申請者が
下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

(誓約項目)

生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号までの規定関係

- 第2項第2号関係
開設者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者である。
- 第2項第3号関係
開設者が、生活保護法その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定(※)により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者である。
※ その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定
1 児童福祉法(昭和22年法律第164号)
2 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和22年法律第217号)
3 栄養士法(昭和22年法律第245号)
4 医師法(昭和23年法律第201号)
5 歯科医師法(昭和23年法律第202号)
6 保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)
7 歯科衛生士法(昭和23年法律第204号)
8 医療法(昭和23年法律第205号)
9 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)
10 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)
11 社会福祉法(昭和26年法律第45号)
12 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)
13 薬剤師法(昭和35年法律第146号)
14 老人福祉法(昭和38年法律第133号)
15 理学療法士及び作業療法士法(昭和40年法律第137号)
16 柔道整復師法(昭和45年法律第19号)
17 社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号)
18 義肢装具士法(昭和62年法律第61号)
19 介護保険法(平成9年法律第123号)
20 精神保健福祉士法(平成9年法律第131号)
21 言語聴覚士法(平成9年法律第132号)
22 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)
23 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(平成17年法律第124号)
24 就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律(平成18年法律第77号)
25 障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律(平成23年法律第79号)
26 子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号)
27 再生医療等の安全性の確保等に関する法律(平成25年法律第85号)
28 国家戦略特別区域法(平成25年法律第107号。第12条の4第15項及び第17項から第19項までの規定に限る。)
29 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)
30 公認心理師法(平成27年法律第68号)
- 第2項第4号関係
開設者が、生活保護法の規定により指定介護機関の指定を取り消され、都道府県知事が当該指定の取り消しの処分の理由となった事実その他当該事実に関して開設者が有していた責任の程度を確認した結果、開設者が当該指定の取消の理由となった事実について組織的に関与していると認められない場合を除き、その取消の日から起算して5年を経過しない者である(取消しの処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があった日以前60日以内に当該指定を取り消された事業所又は施設の管理者であった者が当該取消の日から起算して5年を経過しないものを含む。)
- 第2項第5号関係
開設者が、生活保護法の規定による指定介護機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に生活保護法の規定による指定の辞退の申出をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該申出の日から起算して5年を経過しないものである。
- 第2項第6号関係
開設者が、生活保護法の規定による介護扶助に関する検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき生活保護法の規定による指定の取消し処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として都道府県知事が当該開設者に当該検査が行われた日から10日以内に、検査日から起算して60日以内の特定の日を通じた場合における当該特定の日をいう。)までの間に生活保護法の規定による指定の辞退の申出をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該申出の日から起算して5年を経過しないものである。
- 第2項第7号関係
第5号に規定する期間内に生活保護法の規定による指定の辞退の申出があった場合において、開設者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)が、同号の通知の日以前60日以内に当該申出に係る事業所又は施設の管理者であった者で、当該申出の日から起算して5年を経過しないものである。
- 第2項第8号関係
開設者が、指定の申請前5年以内に被保護者の介護に関し不正又は著しく不当な行為をした者である。
- 第2項第9号関係
当該申請に係る事業所又は施設の管理者が第2号から前号までのいずれかに該当する者である。



記入例

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する。

【施設・事業所】

介護保険事業所番号	1	3	1	2	3	4	5	6	7	8
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

捺印を押印してください。
種類によりは、申請書

事業所の名称	とうきょうケアセンター	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
事業所の所在地	〒111-0001 東京都新宿区北新宿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) 年 月 日

申請書の開設者欄、申請者欄、誓約書の申請者欄

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】

<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護	<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	<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"/> 介護予防サービス	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問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"/> 介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス
<input checked="" type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 通所型サービス
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス
<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与	
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 特定介護予防福祉用具販売	
<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	
<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> 介護予防支援	

・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。

<保険医療機関・保険薬局の記入について>
介護保険事業者番号は
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

★印のサービスを申請する場合は、電話予約の上、来庁により持参してください。
◆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、運営費

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。

【指定日選及申請記入欄】

指定日の選及を 要し 要しません。 選及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 指定の選及を希望します。
- 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):

書類を提出する日を記入してください。

必要がある理由
利用者のために、

- ・法人の場合の代表者印は、法人の登記に使用した法人代表者印(丸印)を押印してください。
- ・個人開設の医療機関や薬局は、開設者個人の住所と氏名を記入し、開設者個人の印鑑を押印します。

※ 指定申請の締め切り日は、毎月15日(保

令和 〇年 〇月 〇日
東京都知事 殿

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。

【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



「指定申請書」と「誓約書」をあわせて提出してください。

連絡先電話番号 TEL (03 - 2121 - 1575) / 担当者氏名 (東京 花子)

記入例

東京都知事 殿

【申請者(開設者)】

捨印を押印してください。



〇年〇月〇日

申請書の開設者欄、申請者欄、誓約書の申請者欄(点線〇枠)は同じ内容を記載してください。

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



法人の場合は
法人代表者印
(丸印)

対応する申請書の事業所名・事業所番号を記載してください。

事業所名: とうきょうケアセンター (事業所番号: 1312345678) については、申請者が

下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

(誓約項目)

生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号までの規定関係

- 第2項第2号関係
開設者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者である。

略

～ 提出時チェックリスト ～

	介護保険事業所番号は正確に記載されていますか。
	(介護事業所の場合)「事業所の名称」は介護保険法の指定通知書に記載されている名称と相違ありませんか。
	(病院・診療所・薬局の場合)「事業所の名称」は健康保険法の指定通知書に記載されている名称と相違ありませんか。
	申請するサービスのすべてに○が記載されていますか。 (特に介護予防の申請漏れはありませんか。)
	(法人開設の場合)「法人の名称」は介護保険法や健康保険法の指定通知に記載されている名称と相違ありませんか。
	(法人開設の場合) 法人代表者印は、法人登記に使用した法人代表者印(丸印)ですか。(法人代表者の個人印は使用できません。)
	誓約書は「介護用」ですか。
	印漏れはありませんか。(合計4か所: 申請書及び誓約書の【申請者(開設者)】欄、捨印2か所)
	申請書及び誓約書の【申請者(開設者)】欄、捨印は全て同じ印が押印されていますか。
	申請書・誓約書以外の書類が混じっていませんか。(管理者の資格証等は添付不要です。)

※ 本チェックリストは提出不要です。