

第 9

様 式

指定申請と届出事項	77
○ 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	78
○ 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	79
○ 指定申請書の記入例	80
○ 生活保護法・中国残留邦人等支援法指定介護機関 変更・廃止・休止・再開届書	82
○ 変更の場合の記入例	83
○ 廃止の場合の記入例	84
○ 休止の場合の記入例	85
○ 再開の場合の記入例	86
○ 生活保護法・中国残留邦人等支援法指定介護機関 処分届書	87
○ 生活保護法・中国残留邦人等支援法指定介護機関 辞退届書	88
○ 指定通知書	89

【指定申請と届出事項】

届出の種類	届出等を要する事由	提出書類
指定申請	介護保険施設（介護老人福祉施設を除く）、サービス事業者、居宅介護支援事業者、保険医療機関、保険薬局が新たに生活保護法の指定を受ける場合	「指定申請書」（様式第1号） 「誓約書」（様式第1号の2）
変更	介護保険事業所番号の変更を伴わない次の変更があった場合 ○指定介護機関の名称変更、所在地・住居表示の変更 ○法人の名称、主たる事務所の所在地・住居表示、法人代表者職氏名の変更 ○管理者の氏名、住所、生年月日の変更	「変更 廃止 休止 再開 届書」 （様式第2号）
休止	○ 天災その他の原因により、指定介護機関の建物若しくは設備の一部分が損壊し正常に介護サービス等を担当することができなくなったが、当該指定介護機関等の開設者がこれを復旧する意思及び能力を有する場合 ○ 指定介護機関に勤務する訪問介護員、介護支援専門員等の従業員が死亡し、又は辞職等をしたため、正常に介護サービス等を担当することができなくなったが、当該指定介護機関の開設者がこれを補充する意思及び能力を有する場合 ○ 指定介護機関の開設者が自己の意思により当該指定介護機関での当該業務を休止した場合	
再開	休止した指定介護機関を再開する場合	
廃止	介護保険の廃止届出をした場合 ○事業自体が廃止となる場合 ・天災、火災その他の原因により、指定介護機関等の建物又は設備の相当部分が滅失又は損壊した場合 ・指定介護機関の開設者が死亡し、あるいは失踪の宣告を受けた場合 ・指定介護機関の開設者が、当該指定介護機関の業務を廃止した場合 ○事業廃止を伴わないが、医療機関番号・介護保険事業者番号が変わる場合 ・指定介護機関の個人・法人開設者が、当該介護機関を他に譲渡、又はその他の原因により別の個人・法人開設者となった場合 ・指定介護機関の所在地の移転で、事業者番号が新たに付番された場合 ・開設者が個人から法人、法人から個人、又は別法人になった場合 ・指定介護機関の病院を診療所、診療所を病院に変更した場合	
処分	他法による処分を受けた場合	「処分届書」（様式第3号）
辞退	介護保険の指定は継続し、生活保護法の指定を辞退する場合 （届出は辞退の30日前に行うこと。）	「辞退届書」（様式第4号）

※ 介護保険事業所番号、医療機関コード、薬局コードが変更となった場合は、廃止手続きのみが必要です。（新しい番号の新規指定は、介護保険の指定により生活保護法の指定を受けたものとみなされるため、手続き不要です。）

※ 法人種別のみの変更で、介護保険事業所番号、医療機関コード、薬局コードが変わらない場合は、変更届となります。（有限会社を株式会社に変更する場合等）

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。

Table with columns for service types (e.g., 訪問介護, 介護予防訪問入浴介護) and checkboxes for application. Includes categories like 居宅介護, 介護予防, 地域密着型サービス, 施設.

- ★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

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、きゅ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知し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

【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-									
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	

捺印を押印してください。種類によりは、申請書

・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】

申請書の開設者欄、申請者欄、誓約書の申請者欄

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

・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。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、利用料金の確認をしますので、運営規

【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)：

書類を提出する日を記入してください。

・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。

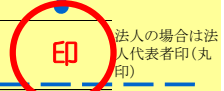
※ 指定申請の締め切り日は、毎月15日(保

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 - 7515) / 担当者氏名 (東京 花子)

様式第1号の2

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

介護用

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。

捨印

年 月 日

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

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。

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

印

法人の場合は法人代表者印(丸印)

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

1 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。

生活保護法指定介護機関
中国残留邦人等支援法指定介護機関

※ (変 更 止 止 再 再)

届 書



※該当事項を○で囲んでください。

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、次のとおり届け出ます。

介護保険事業者番号	1	3								
事業所の名称										
事業所の所在地	〒									

【事業の種類】 管理者の変更・廃止・休止・再開の場合は該当するサービスの種類に○を印してください。

居宅介護	<input type="checkbox"/>	訪問介護	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	夜間対応型訪問介護
	<input type="checkbox"/>	訪問看護	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/>	居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/>	通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	介護予防防認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/>	通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/>	短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	地域密着型特定施設入居者生活介護
	<input type="checkbox"/>	特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	看護小規模多機能型居宅介護
	施設	<input type="checkbox"/>	介護老人保健施設	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		介護療養型医療施設	<input checked="" type="checkbox"/>	通所型サービス
<input type="checkbox"/>		介護医療院	<input checked="" type="checkbox"/>	その他の生活支援サービス
<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメント
<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	

変 更 事 項	開設者に関する事項 (法人名称・主たる事務所の所在地・代表者職氏名)	旧	
		新	
	事業所に関する事項 (名称・所在地・管理者の氏名・生年月日・住所)	旧	
		新	
変更年月日			年 月 日
事 項 ・ 休 止 ・ 廃 止	休止・廃止年月日		年 月 日
	理由		
再 開 事 項	再開年月日		年 月 日
	休止年月日		年 月 日
	理由		

※ 本届出には添付書類は不要です。

年 月 日
東京都知事 殿

【届出者(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 ()

記入例(変更の場合)

生活保護法指定介護機関
中国残留邦人等支援法指定介護機関

※ 変更
廃止
休止
再開

届書



・届出書は事業者番号ごとに作成してください。

事項を○で囲んでください。
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、次のとおり届け出ます。

介護保険事業者番号	1	3	7	1	0	0	0	0	9
事業所の名称	とうきょうホームヘルプ支援センター								
事業所の所在地	〒111-0011 東京都新宿区北新宿1-1-1								

変更届出の場合、「変更後」の内容を記載してください。

【事業の種類】 管理者の変更・廃止・休止・再開の場合は該当するサービスの種類に○を印してください。

居宅介護	<input checked="" 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"/> 介護予防介護支援		<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"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/> 介護予防			<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護
施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護予防支援	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問型サービス	
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設		<input type="checkbox"/> 通所型サービス	
	<input type="checkbox"/> 介護医療院		<input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス	
			<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント	

・介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けているサービスがあれば○をしてください。

変更事項	開設者に関する事項	旧	
	(法人名称・主たる事務所の所在地・代表者職氏名)	新	
	事業所に関する事項	旧	とうきょう介護センター 東京都新宿区西新宿1-2-3
	(名称・所在地・管理者の氏名・生年月日・住所)	新	とうきょうホームヘルプ支援センター 東京都新宿区北新宿1-1-1
	変更年月日		令和〇年5月1日
休止・廃止事項	休止・廃止年月日		年 月 日
再開事項	再開年月日		年 月 日
	休業		

介護保険の変更届出と同じ変更日付を記入してください。

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

令和〇年5月3日
東京都知事 殿

※ 本届出には添付書類は不要です。

書類を提出する日を記入してください。

【届出者(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)

〒160-0000
東京都新宿区西新宿2-2-2

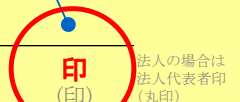
法人の名称

株式会社

代表者職氏名

代表取締役

開設者欄は届出日現在のものを記入してください。



法人の場合は法人代表者印(丸印)

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

様式第2号

記入例(廃止の場合)

生活保護法指定介護機関
中国残留邦人等支援法指定介護機関

※ (変更) (廃止) (休止) (再開)

届書

印

・届出書は事業者番号ごとに作成してください。

※ 該当事項を○で囲んでください。
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に対する生活保護等に関する法律に基づき、次のとおり届け出ます。

介護保険事業者番号	1	3	7	1	0	0	0	0	0	9
事業所の名称	とうきょうホームヘルプ支援センター									
事業所の所在地	〒111-0011 東京都新宿区北新宿1-1-1									

【事業の種類】 管理者の変更・廃止・休止・再開の場合は該当するサービスの種類に○を印してください。

居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	介護予防	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護	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"/> 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問型サービス	<input type="checkbox"/> 通所型サービス	<input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジカント
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護		<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護		<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス	<input type="checkbox"/> 通所型サービス	<input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジカント		

・介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けているサービスがあれば○をしてください。

変更事項	開設者に関する事項 (法人名称・主たる事務所の所在地・代表者職氏名)	旧	
	事業所に 関する事項 (名称・所在地・管理者の氏名・生年月日・住所)	旧	
変更年月日	令和〇年 月 日		
・休止 ・廃止	休止・廃止年月日	令和〇年 3月 31日	
	理由	経営を他法人に引き継ぐため。	
再開事項	再開年月日	年 月 日	
	理由		

介護保険の廃止届出と同じ変更日付を記入してください。

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

令和〇年 4月 3日
東京都知事 殿

書類を提出する日を記入してください。

届出書に関して都からの問合せに対応する方を記入してください。

【届出者(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)

〒160-0000
東京都新宿区南新宿2-2-2

法人の名称(個人の場合は個人氏名)

株式会社とうきょうサービス

代表者職氏名

代表取締役 東京 太郎

印

法人の場合は法人代表者印(丸印)

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

様式第2号

記入例(休止の場合)

生活保護法指定介護機関
中国残留邦人等支援法指定介護機関

※ (変更) (廃止) (再開) (休止) (再開) 届書



・届出書は事業者番号ごとに作成してください。

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に関する法律に基づき、次のとおり届け出ます。

Table with 2 columns: Field Name and Value. Fields include: 介護保険事業者番号 (1371000009), 事業所の名称 (とうきょうホームヘルプ支援センター), 事業所の所在地 (〒111-0011 東京都新宿区北新宿1-1-1)

【事業の種類】 管理者の変更・廃止・休止・再開の場合は該当するサービスの種類に○を印してください。

Large table for service types with checkboxes. Includes categories like 居宅介護, 施設, and 地域密着型サービス. A blue callout box points to the '訪問型サービス' checkbox.

・介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けているサービスがあれば○をしてください。

Table for change items (変更事項) and closure/reopening items (休止・廃止, 再開事項). Includes fields for dates and reasons. A blue callout box points to the '再開事項' section.

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

令和〇年4月3日
東京都知事 殿

※ 本届出には添付書類は不要です。

書類を提出する日を記入してください。

届出書に関して都からの問合せに対応する方を記入してください。

【届出者(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)
〒160-0000 東京都新宿区南新宿2-2-2
法人の名称(個人の場合は個人氏名)
株式会社とうきょうサービス
代表者職氏名
代表取締役 東京 太郎



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

様式第2号

記入例(再開の場合)

生活保護法指定介護機関
中国残留邦人等支援法指定介護機関

※ (変廃休再) (更止止開) 届書



・届出書は事業者番号ごとに作成してください。

※該当事項を○で囲んでください。
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に関する法律に基づき、次のとおり届け出ます。

介護保険事業者番号	1	3	7	1	0	0	0	0	0	9
事業所の名称	とうきょうホームヘルプ支援センター									
事業所の所在地	〒111-0011 東京都新宿区北新宿1-1-1									

【事業の種類】 管理者の変更・廃止・休止・再開の場合は該当するサービスの種類に○を印してください。

居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/>	<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"/> 介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護	<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"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導	<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"/>	<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"/> 介護予防通所リハビリテーション	<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"/> 介護予防短期入所生活介護	<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"/> 介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護
施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問型サービス
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 通所型サービス
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント

・介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けているサービスがあれば○をしてください。

変更事項	開設者に関する事項	旧	
	(法人名称・主たる事務所の所在地・代表者職氏名)	新	
	事業所に関する事項	旧	
	(名称・所在地・管理者の氏名・生年月日・住所)	新	
事項・廃止	理由		
	再開年月日	令和〇年5月1日	
	休止年月日	令和〇年3月31日	
再開事項	理由	職員の確保が出来たため、再開する。	

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

令和〇年5月2日
東京都知事 殿

※ 本届出には添付書類は不要です。

書類を提出する日を記入してください。

【届出者(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)

〒160-0000
東京都新宿区南新宿2-2-2

法人の名称(個人の場合は個人氏名)

株式会社とうきょうサービス

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)

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

【届出書の提出先】〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1 東京都福祉保健局生活福祉部保護課介護担当 宛

生活保護法指定介護機関
中国残留邦人等支援法指定介護機関
処分届書



生活保護法施行規則第14条第3項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第14条第4項に基づき、次のとおり届け出ます。

Table with 3 rows: 介護保険事業者番号 (1, 3, ...), 事業所の名称, 事業所の所在地 (〒)

【事業の種類】 処分を受けたサービスの種類に○を印してください。

Large table with 3 columns: 居宅介護, 介護予防, 地域密着型サービス. Includes services like 訪問介護, 介護予防訪問入浴介護, etc.

Table with 2 rows: 処分年月日 (年 月 日), 処分の種類

年 月 日
東京都知事 殿

【届出者(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 ()

様式第4号

生活保護法指定介護機関
中国残留邦人等支援法指定介護機関
辞 退 届 書



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く指定介護機関について、次のとおり届け出ます。

介護保険事業者番号	1	3								
事業所の名称										
事業所の所在地	〒									

【事業の種類】 辞退するサービスの種類に○を印してください。

居宅介護	<input type="checkbox"/>	訪問介護	介護予防	<input checked="" 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"/>	介護予防在宅療養管理指導		<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 checked="" 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				介護予防・日常生活支援	<input type="checkbox"/>	通所型サービス
		<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				

辞退年月日	年 月 日
サービス受給者等の措置状況	

年 月 日
東京都知事 殿

【届出者(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 ()

様式第5号

福保生保第 号
年 月 日

東京都知事

指定通知書

生活保護法第54条の2第1項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（以下、「中国残留邦人等支援法」という。）第14条第4項により、指定介護機関として指定したので通知します。

記

- 1 申請（開設）者名
- 2 事業所名
- 3 事業所所在地
- 4 代表者名
- 5 生活保護法及び中国残留邦人等支援法指定年月日
- 6 介護保険事業者番号及びサービスの種類