別紙１（指定申請時等提出用）

指定介護機関（生活保護法）のみなし指定に係る確認書

介護保険の指定（許可）を受けた時は、

生活保護法の指定介護機関として

|  |  |
| --- | --- |
| １ 指定を受けます | ２ 指定を不要とします |

※１　該当する番号に〇をしてください。

※２ 「２ 指定を不要とします」に〇をした場合は、指令書受領後

１０日以内に、別紙２「申出書」を中津市役所福祉支援課まで提出してください。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請（開設）者（名称及び代表者氏名） |  |
| 申請（開設）者所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 事業所名称 |  |
| 事業所所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| サービス種類 |  |
| 事業開始予定又は指定（許可）年月日 |  |
| 担当者名及び連絡先（TEL／FAX番号） |  |
| ※介護保険事業所番号 |  |

「※介護保険事業所番号」欄は、記入不要です。

別紙２（保護・監査指導室提出用）

申　　出　　書

生活保護法第５４条の２第２項ただし書の規定に基づき、生活保護法第５４条の２第２項に係る指定介護機関としての指定を不要とする旨を申し出ます。

１　介護機関の名称、所在地及び介護保険事業所番号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 |  |  |
| 所在地 |  |  |
| 事業所番号 |  |  |

２　介護機関の開設者及び管理者の氏名及び住所

* 開設者の氏名及び住所
* 開設者が法人の場合には、法人名・代表者名及び主たる事務所の所在地を記載

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 |  |  |
| 住所 |  |  |

* 管理者の氏名及び住所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 |  |  |
| 住所 |  |  |

３　当該申出に係る施設又は事業所において行う事業の種類

* 指定を不要とする事業の種類

　　　事業の種類

令和　　年　　月　　日

　中津市長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 住所 |  |
| 申出者（開設者） |  |  |
|  | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　 |