

生活保護法等指定介護機関指定申請書

生活保護法第54条の2第1項の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。
なお、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第4項の規定に基づき、同様に指定を申請します。

| | | |
|------------------|--|------------|
| フリガナ | マルマルホウモンカイゴジギョウシヨ | |
| 事業所の名称 | 〇〇訪問介護事業所 | |
| 事業所の所在地 | 〒860-8601 熊本市中央区手取本町1番1号 | |
| 連絡先電話番号 | 096-328-2111 | |
| 事業の種類 (別紙参照) | 訪問介護、予防訪問介護 | |
| 介護保険法上の 指定状況 | 介護保険事業者番号 | 4370123456 |
| | 指定等年月日 | 令和4年4月1日 |
| 入居に係る 利用料(家賃) | 生活保護基準内であることが必要。 以下の事業の場合は記載。 認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護 | |

令和4年3月31日

熊本市長様

(法人の場合は法人の主たる事務所所在地)

住所 〒860-0002
熊本市中央区本丸1番1号

申請者 (連絡先TEL 096-328-2299)

開設者を記載

(法人の場合は法人名及び代表者名)

氏名 株式会社〇〇 代表取締役 生保 太郎 印

(裏面を確認の上、記載してください)