

生活保護法指定介護機関指定辞退届書

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指定介護機関について次のとおり辞退します。

生活保護法による指定を受けた事業所又は施設（介護保険事業所番号）ごとに記載してください。

フリガナ				
事業所名称	「事業所名称」欄は、略称等を用いることなく、介護保険法による指定又は開設許可を受けた正式な名称を記載してください。			
事業所所在地	()			
連絡先	電話番号		FAX番号	
医療機関コード		介護保険事業所番号	1	
委託利用者の措置状況	「委託利用者の措置状況」欄は、既に行った措置又は今後予定している措置を記載してください。			
施設または実施する事業の種類		施設または実施する事業の種類		
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護		令和元年5月31日		介護老人福祉施設
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護				介護老人保健施設
<input type="checkbox"/> 訪問看護				介護療養型医療施設
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション				介護医療院
<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				介護予防通所リハビリテーション
<input type="checkbox"/> 短期入所者療養介護（介護医療院）				介護予防短期入所生活介護
<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護				介護予防短期入所療養介護
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与				介護予防短期入所療養介護（介護医療院）
<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売				介護予防特定施設入居者生活介護
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援				介護予防福祉用具貸与
<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護				介護予防福祉用具販売
<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護				特定介護予防福祉用具販売
<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護				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				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				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				介護予防支援
<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				<input checked="" 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				通所型サービス
<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護				その他の生活支援サービス
				介護予防ケアマネジメント

・医療機関、保険薬局、又は訪問看護ステーションとして医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード」欄に記載してください。
 ・「介護保険事業所番号」欄には、介護保険法により付番された番号を記載してください。

・「施設または実施する事業の種類」欄より、今回届け出る全ての事業等に✓を記載してください。
 ・「辞退年月日」欄は、生活保護法による指定を辞退する年月日を記載してください。

(届出日)

令和元年 5 月 7 日

(開設者※)

主たる事務所の所在地(開設者の住所)口

介護保険法や厚生局に届け出をした開設者の住所、名称、代表職種及び開設者氏名、生年月日を記載してください。

(届出先) 横浜市長

日付は、書類の提出日を記載してください。

この事務所の所長、代表者の職名、生年月日を記載。
 法人以外は開設者の住所、氏名、生年月日を記載。

法人

代表者職名及び氏名(開設者氏名)

代表者生年月日(開設者生年月日)

昭・平 年 月 日