

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○をしてください。

※2 「2 指定を不要とします」に○をした場合は、指令書受領後 10日以内に、別紙2「申出書」を大分県福祉保健部地域福祉推進室保護班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。

入力