

生活保護法等指定介護機関再開届

次のとおり再開したので届出ます。

フリガナ												
事業所名称												
事業所所在地	(〒) 横須賀市											
連絡先	電話番号					FAX番号						
管理者氏名	医療機関コード											
管理者生年月日											(生年月日 年 月 日)	
施設又は実施する事業の種類				申請事業	再開年月日	生活保護法等の既指定の年月日			介護保険法の再開年月日			
介 護 給 付	訪問介護											
	訪問入浴介護											
	訪問看護											
	訪問リハビリテーション											
	居宅療養管理指導											
	通所介護											
	通所リハビリテーション											
	短期入所生活介護											
	短期入所療養介護											
	特定施設入居者生活介護											
	福祉用具貸与											
	特定福祉用具販売											
	居宅介護支援											
	介護老人福祉施設											
	介護老人保健施設											
	介護療養型医療施設											
	夜間対応型訪問介護											
	認知症対応型通所介護											
	小規模多機能型居宅介護											
	認知症対応型共同生活介護											
地域密着型特定施設入居者生活介護												
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護												
定期巡回・随時対応型訪問介護看護												
看護小規模多機能型居宅介護												
地域密着型通所介護												
介 護 予 防 給 付	介護予防訪問介護											
	介護予防訪問入浴介護											
	介護予防訪問看護											
	介護予防訪問リハビリテーション											
	介護予防居宅療養管理指導											
	介護予防通所介護											
	介護予防通所リハビリテーション											
	介護予防短期入所生活介護											
	介護予防短期入所療養介護											
	介護予防特定施設入居者生活介護											
介護予防福祉用具貸与												
特定介護予防福祉用具販売												
介護予防認知症対応型通所介護												
介護予防小規模多機能型居宅介護												
介護予防認知症対応型共同生活介護												
介護予防支援												
事 業 合	第1号訪問事業											
	第1号通所事業											

年 月 日
あて先 横 須 賀 市 長

申請者（法人にあっては主たる事務所所在地、名称及び代表者の職名、氏名、生年月日を記載してください。）

〒 住 所
氏 名

(印不要)

(生年月日 年 月 日)