

- ・生活保護法
- ・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配偶者の自立の支援に関する法律による

指定介護機関指定申請書

法人格等種別	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 公益・一般 財団法人 <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 学校法人 <input type="checkbox"/> 公益・一般 社団法人 <input type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> 有限会社 <input type="checkbox"/> その他の法人 ( ) <input type="checkbox"/> 個人											
介護機関名称	(フリガナ) <b>ナカノシマケアサービス</b> <b>中之島ケアサービス</b>											
介護機関所在地 (ビル・マンション名等)	〒 <b>530-0005</b> 大阪市 <b>北</b> 区 <b>中之島1-3-20 中之島ビル1階</b> 電話番号 (06) <b>6208</b> - **** FAX番号 (06) <b>6208</b> - ****											
区を越えた移転等	2	7									事業所名称の変更、事業所が市内で区を越えて移転する場合等で、事業者番号が変更になる場合は、旧の事業者番号を記入してください。	
開設者氏名 法人の場合は法人名称及び代表者の職・氏名	(フリガナ) <b>シャカイフクシホクシンナカノシマケ</b> <b>リジョウ ナカノシマ イチロウ</b> <b>社会福祉法人中之島会 理事長 中之島 一郎</b>							生年月日 法人の場合不要	大正・昭和・平成 年 月 日			
開設者住所 法人の場合は主たる事務所の所在地	〒 <b>530-0005</b> <b>大阪市北区中之島1-3-20 中之島ビル2階</b>											
介護保険事業者番号	2	7	7	0	0	0	0	0	0	0		
指定を希望する施設または実施する事業の種類	*記載要領6の「サービスコード及びサービス種類一覧」を参照してください。											
コード	施設または実施する事業の種類			介護保険法 指定等年月日			コード	施設または実施する事業の種類			介護保険法 指定等年月日	
11	訪問介護			平成・令和 26年4月1日							平成・令和 年 月 日	
43	居宅介護支援			平成・令和 26年4月1日							平成・令和 年 月 日	
				平成・令和 年 月 日							平成・令和 年 月 日	
				平成・令和 年 月 日							平成・令和 年 月 日	
管 理 者	施設または実施する事業の種類			氏 名			住 所			生 年 月 日		
	訪問介護			淀屋橋 二郎			大阪市中央区久太郎町1-2-27			大正・昭和・平成 44年3月2日		
	居宅介護支援			淀屋橋 三子			大阪市中央区久太郎町1-2-27			大正・昭和・平成 50年10月2日		
										大正・昭和・平成 年 月 日		
指定希望年月日			令和 年 月 日			*記載要領11(1)~(3)に該当する場合のみ、新しい介護事業者番号による事業開始日を記載してください。						
医療機関コード (医療機関・薬局)			-			利用定員等						

上記のとおり申請します。

令和 3 年 4 月 5 日

大阪市長 様



(申請者(開設者))

〒 530 - 0005

住所 大阪市北区中之島1-3-20 中之島ビル2階

\*法人の場合は主たる事務所の所在地

氏名 社会福祉法人中之島会 理事長 中之島一郎

\*法人の場合は法人名称、代表者の職、氏名

担当者氏名 梅田 華子

担当者連絡先TEL 06 - 6208 - \*\*\*\*

**注意事項**

- 1 この申請書は、所在地を管轄する保健福祉センターを経由して、大阪市長あてに提出してください。
- 2 介護老人保健施設が申請する場合は、その施設について記載してください。居宅介護等事業者または居宅介護支援事業者等が申請する場合は、その開設する事業所ごとに記載してください。
- 3 申請する際には、欠格事由に該当しない旨の誓約書を必ず添付してください。
- 4 貴機関が指定された場合は、大阪市の公報により告示するほか、指定通知書により通知します。

**記載要領**

- 1 「法人格等種別」は、該当する口にチェックしてください。
- 2 「介護機関名称」は、略称名を用いることなく、介護保険法等による指定または開設許可を受けた正式な名称を記載してください。
- 3 「介護機関所在地」は、介護保険法により指定または開設許可を受けた所在地（マンション・ビル名含む）を記載してください。
- 4 開設者が法人の場合は、「氏名」に法人名称及び代表者の職・氏名を、「住所」に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。なお、開設者が法人の場合、生年月日は記載不要です。
- 5 「介護保険事業者番号」は、介護保険法による指定を受けた介護保険事業者番号を記載してください。
- 6 「コード」及び「施設または実施する事業所の種類」は、今回申請する事業の種類について、次のサービスコード及びサービスの種類を記載してください。

※記入欄が8件を超える場合は同様式をもう1枚用意し、2枚目の同欄のみ記入のうえ2枚をまとめ、左側（長辺たて）をホッチキス止めしてください。「管理者」についても、4件を超える場合は同様です。

サービスコード及びサービス種類一覧					
コード	種別	コード	種別	コード	種別
11	訪問介護	33	特定施設入居者生活介護	66	介護予防通所リハビリテーション
12	訪問入浴介護	34	介護予防居宅療養管理指導	67	介護予防福祉用具貸与
13	訪問看護	35	介護予防特定施設入居者生活介護	68	小規模多機能型居宅介護(短期利用)
14	訪問リハビリテーション	36	地域密着型特定施設入居者生活介護	69	介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用)
15	通所介護	37	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	71	夜間対応型訪問介護
16	通所リハビリテーション	38	認知症対応型共同生活介護(短期利用)	72	認知症対応型通所介護
17	福祉用具貸与	39	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用)	73	小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)
21	短期入所生活介護	41	特定福祉用具販売	74	介護予防認知症対応型通所介護
22	短期入所療養介護(介護老人保健施設)	43	居宅介護支援	75	介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)
24	介護予防短期入所生活介護	44	特定介護予防福祉用具販売	76	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
25	介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設)	51	介護福祉施設サービス	77	看護小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)
27	特定施設入居者生活介護(短期利用)	52	介護保健施設サービス	78	地域密着型通所介護
28	地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用)	54	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	79	看護小規模多機能型居宅介護(短期利用)
2A	短期入所療養介護医療院(介護療養院等)	55	介護医療院	A2	第1号訪問事業(訪問型・独自)
2B	介護予防短期入所療養介護医療院(介護療養院等)	62	介護予防訪問入浴介護	A6	第1号通所事業(通所型・独自)
31	居宅療養管理指導	63	介護予防訪問看護		
32	認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	64	介護予防訪問リハビリテーション		

- 7 「介護保険法指定等年月日」は、介護保険法による指定または開設許可を受けた年月日を記載してください（大阪市内で区を越える移転等による介護保険事業者番号の変更に伴い、指定申請書を提出する場合も同様です）。
- 8 「管理者」は、今回申請する事業の種類ごとに記載してください。
- 9 「医療機関コード」は、保険医療機関及び保険薬局等で、既に付番されている医療機関コードを記載してください。
- 10 「利用定員等」は、入院、入所（利用）定員を定めている場合に、申請時における数を事業ごとに記載してください。
- 11 指定年月日について  
 指定年月日は、特に申し出がない限り市長が決定した日となりますが、次の各号に該当し、かつ第三者の権利関係に全く不利益を与える恐れがない場合、意志表示の行われた日までそ及するものとします。  
 (1) 市内で区を越えて移転し、移転先において引き続き利用者に介護サービスを提供する場合。  
 (2) 複数の介護保険サービス事業を同一名称で運営し、一部の事業について事業所名を変更し、引き続き利用者に介護サービスを提供する場合。  
 (3) 複数の介護保険サービス事業を異なる名称で運営し、全ての事業所名を統一し、引き続き利用者に介護サービスを提供する場合。  
上記に該当している場合のみ、「指定希望年月日」に、新しい介護保険事業者番号による事業開始日を記載してください。
- 12 「申請者（開設者）」は、法人の場合は「氏名」に法人名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所」に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。  
 「担当者名」及び「担当者連絡先」については、この申請書の記入事項にかかる本市からの照会に対応する担当者の氏名及び連絡先を記入してください。