

- 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

指定介護機関再開届書

介護保険事業者番号

2 7 7 0 0 0 0 0 0 0

指定介護機関	名称	ケア中之島
	所在地	〒530-0005 大阪市北区中之島1-3-20 中之島ビル2階 TEL (06) 6208-****
	介護サービス事業の種類 ※生活保護法による指定を受けており、 今回再開するサービス事業の種類を 全て記入してください。	居宅介護支援
休止年月日	平成・令和元年 6月30日	
再開年月日	令和元年 9月1日	
再開の理由	人員が確保できたため	

上記のとおり届け出ます。

令和 元年 9月 1日

大阪市長 様

住所 (開設者が法人の場合は主たる事務所所在地)

大阪市北区中之島1-3-20 中之島ビル2階

届出者

氏名 (開設者が法人の場合は法人名称、代表者の職・氏名 代表者印)

社会福祉法人中之島会 理事長 中之島一郎

注意事項

- 1 この書類は、所在地を管轄する保健福祉センターを経由して、市長あてに提出してください。
- 2 この書類は、指定介護機関の再開後、速やかに提出してください。

記載事項

- 1 指定介護機関の「名称」は、略称を用いることなく、介護保険法により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。
- 2 指定介護機関の「所在地」は、介護保険法により指定又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。
- 3 指定介護機関の「介護サービス事業の種類」は、当該介護事業者番号につき生活保護法による指定を受けているサービス事業のうち、今回再開するサービス事業の種類を全て記載してください。
- 4 「休止年月日」は、休止届書に記載した年月日を、「再開年月日」は、開設者の意思により再開した年月日を記載してください。
- 5 「申請者」は、開設者の住所及び氏名を記載してください。なお、開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地、法人名称及び代表者の職・氏名を記載し、代表者印を押印してください。