別記様式第１号

介護保険サービス利用被爆者助成特定事業者登録同意書

岡 山 県 知 事　 様

岡山県原爆被爆者介護保険利用助成事業実施要綱に基づく、介護保険サービス利用被爆者助成特定事業者としての登録に同意します。

　令和　　　年　　　月　　　日

事業者（法人）の所在地

事業者（法人）の名称

代表者（職　氏名）

連絡先電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定事業所の所在地指定事業所（施設）の名称事業所（施設）の代表者（職氏名）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介 護 保 険 指 定 事 業 所 番 号 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

利用助成金対象サービス（※実施されるサービスに☑をつけてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問介護利用被爆者助成事業 | □訪問介護　　　　　　　　　□訪問型サービス（みなし／独自） |
| 介護老人福祉施設等入所被爆者助成事業 | □介護老人福祉施設□地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
| 通所介護・短期入所生活介護等利用被爆者助成事業 | □通所介護　　　　　　　　　　□地域密着型通所介護□短期入所生活介護　　　　　　□定期巡回・随時対応型訪問介護看護□小規模多機能型居宅介護　　　□複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）□認知症対応型通所介護　　　　□介護予防認知症対応型通所介護□介護予防短期入所生活介護　　□通所型サービス（みなし／独自）□介護予防小規模多機能型居宅介護　□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 |

 |

※　事業所が複数にある場合は、別紙に記入してください。