

被爆者介護保険サービス利用助成特定事業者登録同意書

鳥取県知事 様

鳥取県原爆被爆者介護保険等利用料助成事業実施要綱に基づく被爆者介護保険サービス利用特定事業者としての登録に同意します。

年 月 日

事業者（法人）の所在地 _____

事業者（法人）の名称 _____

事業者（法人）代表者（職氏名） _____ 印
(代表者印を押印)

事業者（法人）連絡先電話番号 _____

事業所（施設）の所在地 _____

事業所（施設）の名称 _____

事業所（施設）連絡先電話番号 _____

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○印をつけてください。）

訪問介護	通所介護	短期入所生活介護	介護福祉施設	介護予防短期入所生活介護	認知症対応型通所介護
小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	複合型サービス	地域密着型通所介護	認知症対応型共同生活介護	地域密着型介護福祉施設入所者生活介護
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・日常生活支援総合事業訪問型サービス	介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス	

※事業所が複数ある場合は様式第 1 号別紙に御記入ください。

(別紙)

事業所（施設）の所在地

事業所（施設）の名称

事業所（施設）連絡先電話番号

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○印をつけてください。）

訪問介護	通所介護	短期入所生活介護	介護福祉施設	介護予防短期入所生活介護	認知症対応型通所介護
小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	複合型サービス	地域密着型通所介護	認知症対応型共同生活介護	地域密着型介護福祉施設入所者生活介護
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・日常生活支援総合事業訪問型サービス	介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス	

事業所（施設）の所在地

事業所（施設）の名称

事業所（施設）連絡先電話番号

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○印をつけてください。）

訪問介護	通所介護	短期入所生活介護	介護福祉施設	介護予防短期入所生活介護	認知症対応型通所介護
小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	複合型サービス	地域密着型通所介護	認知症対応型共同生活介護	地域密着型介護福祉施設入所者生活介護
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・日常生活支援総合事業訪問型サービス	介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス	