

別記様式第1号

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

(あて先)  
広島県知事様

広島県原子爆弾被爆者援護要綱に基づく、被爆者介護保険サービス利用助成特定事業者としての登録及び同一事業を実施する広島市へ当該同意書の写し提供することに同意します。

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 \_\_\_\_\_



(代表者印)

指定事業所の所在地 \_\_\_\_\_

指定事業所(施設)の名称 \_\_\_\_\_

指定事業所(施設)の

代表者(職氏名) \_\_\_\_\_

介護保険指定事業所番号 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

指定事業所の開設日 令和 年 月 日

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		介護予防訪問介護	
通所介護		介護予防通所介護	
訪問型サービス(みなし/独自)		通所型サービス(みなし/独自)	
短期入所生活介護		介護予防短期入所生活介護	
認知症対応型通所介護		介護予防認知症対応型通所介護	
小規模多機能型居宅介護		介護予防小規模多機能型居宅介護	
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	
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(複合型サービス)	
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	

※ 事業所が複数ある場合は別紙に記入ください。