

別記

第1号様式(第5条関係)

老人居宅生活支援事業 事業開始の届出書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

届出者 所 在 地
名 称
代表者職名・氏名

老人福祉法に規定する事業所に係る事業開始の旨を下記のとおり、関係書類を添えて届け出ます。

		法人番号		
経営者・法人	フリガナ 氏名(名称)	-----		
	住所(主たる事業所の所在地)	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号 (内線) FAX番号		
	法人等の種類	電子メールアドレス		
法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
届出を行う事業の種類及び内容	事業等の種類	届出対象事業等(該当事業に○)	事業等の開始予定年月日	
	老人居宅介護等事業			
	老人デイサービス事業			
	老人短期入所事業			
	小規模多機能型居宅介護事業			
	認知症対応型老人共同生活援助事業			
	複合型サービス福祉事業			
事業所	介護保険事業所番号	(既に介護保険法上の指定を受けている場合)		
	フリガナ 名 称	-----		
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号 (内線) FAX番号		
	事業を行おうとする区域	電子メールアドレス		
	主な職員	フリガナ 氏 名	-----	
	入所/入居/登録定員		人	
○職員の定数及び職務の内容				
職種	職務内容	定数		
			人	
			人	
			人	
			人	
添付書類	別添のとおり			