

老人福祉施設 設置の届出書

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施設設置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	
		電子メールアドレス		
	法人等の種類			
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"/>		
届出を行う施設の 種類及び内容	施設の種類	届出対象施設 (該当事業に○)	事業開始の予定 年月日	様 式
	老人デイサービスセンター			付表1
	老人短期入所施設			付表2
	老人介護支援センター			付表3
	養護老人ホーム			付表1
	特別養護老人ホーム			付表2
	有料老人ホーム			付表3
施設	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	
		電子メールアドレス		
	事業を行おうとする区域			
	入所/入居定員	人		
居室数 <small>※有料老人ホームの場合のみ</small>	室			
施設 管理者 /	フリガナ	-----		
	氏 名	住所 <small>※有料老人ホームの場合のみ</small>	(郵便番号 -)	
○職員の定数及び職務の内容 ※有料老人ホームの場合には記入不要				
職種	職務内容	定数		
		人		
		人		
		人		
		人		
添付書類	別添のとおり			