事　業　開　始　届　出　書

令和　　年　　月　　日

宮崎県知事　殿

住　所
申請者
氏　名

（法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名）

介護保険法に規定する指定居宅サービス事業（指定介護予防サービス事業者）を開始しますので、関係書類を添えて届出ます。

<table>
<tr><td rowspan="8">申請者</td><td>フリガナ</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>主たる事務所の所在地</td><td colspan="6">（郵便番号　　－　　）
都　道　府　県　　郡　市　区
（ビルの名称等）</td></tr>
<tr><td>申請者連絡先</td><td>電話番号</td><td colspan="2"></td><td>FAX 番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>法人の種別</td><td colspan="2"></td><td>法人所轄庁</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">代表者の職･氏名・生年月日</td><td rowspan="2">職名</td><td rowspan="2"></td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>代表者の住所</td><td colspan="6">（郵便番号　　－　　）
都　道　府　県　　郡　市　区
（ビルの名称等）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="13">事業所の種類</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>事業所等の所在地</td><td colspan="4">（郵便番号　　－　　）
都　道　府　県　　郡　市　区
（ビルの名称等）</td></tr>
<tr><td>事業所連絡先</td><td>代表電話番号</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>実施事業</td><td>介護保険法による指定年月日</td><td>事業開始予定年月日</td></tr>
<tr><td colspan="2">訪問看護</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">訪問リハビリテーション</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">居宅療養管理指導</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">通所リハビリテーション</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">介護予防訪問看護</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">介護予防訪問リハビリテーション</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">介護予防居宅療養管理指導</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">介護予防通所リハビリテーション</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

介護保険事業所番号											