# 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。

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 申請者 | フリガナ | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　－　　）<br>都　道　府　県　　郡　市　区<br>（ビルの名称等） | | | | | | | | | |
| | 申請者連絡先 | 電話番号 | | | | FAX 番号 | | | | | |
| | 法人の種別 | | | 法人所轄庁 | | | | | | | |
| | 代表者の職・氏名・生年月日 | 職名 | | フリガナ | | 生年月日 | | | | | |
| | | | | 氏名 | | | | | | | |
| | 代表者の住所 | （郵便番号　　－　　）<br>都　道　府　県　　郡　市　区<br>（ビルの名称等） | | | | | | | | | |
| 事業所の種類 | フリガナ | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | | |
| | 事業所等の所在地 | （郵便番号　　－　　）<br>都　道　府　県　　郡　市　区<br>（ビルの名称等） | | | | | | | | | |
| | 事業所連絡先 | 代表電話番号 | | | | | | | | | |
| | | | 実施事業 | 健康保険法による指定年月日 | 事業開始予定年月日 | | | | | | |
| | 訪問看護 | | | | | | | | | | |
| | 訪問リハビリテーション | | | | | | | | | | |
| | 居宅療養管理指導 | | | | | | | | | | |
| | 通所リハビリテーション | | | | | | | | | | |
| | 介護予防訪問看護 | | | | | | | | | | |
| | 介護予防訪問リハビリテーション | | | | | | | | | | |
| | 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | | | | | | |
| | 介護予防通所リハビリテーション | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | | | | | |