

老人居宅生活支援事業
事業開始の届出書

年 月 日

所在地
知事殿

届出者 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 府県	市 区 町 村	
	連絡先	電話番号 Email	(内線) FAX番号	
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□			□	
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			
	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)	
事業所	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -) 都道 府県	市 区 町 村	
	連絡先	電話番号 Email	(内線) FAX番号	
	事業を行おうとする区域			
	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		