

様式第一号(二)

老人福祉施設

設置の届出書

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 -) 都道府県 市区分 町村			
	連絡先	電話番号	(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				
	老人短期入所施設				
	老人介護支援センター				
	養護老人ホーム				付表第一号(一)
	特別養護老人ホーム				付表第一号(二)
	有料老人ホーム				付表第一号(三)
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 -) 都道府県 市区分 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				
	入所／入居定員	人			
居室数 ※有料老人ホームの場合のみ	室				
管理責任者	フリガナ	住所 ※有料老人ホームの場合のみ	(郵便番号 -)		
	氏名				
○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				