

様式第一号(一)

老人居宅生活支援事業

事業開始の届出書

年 月 日

知事殿

所在地

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 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号
		Email		
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			
事業所	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
		Email		
	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		

変更届出書

年 月 日

所在地
知事殿
申請者 名称

代表者職名・氏名

老人福祉法上に規定する事業所について、次のとおり内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業所番号			
		法人番号			
変更内容	変更年月日		年		月 日
	変更があった事項(該当に○)		変更の内容		
	事業の種類及び内容		(変更前)		
	経営者の氏名(法人であるときは、その名称)				
	経営者の住所(法人であるときは、主たる事務所の所在地)				
	主な職員の氏名				
	事業を行おうとする区域				
	事業所の名称		(変更後)		
	事業所の種類				
	事業所の所在地				
	事業所の入所定員、登録定員又は入居定員				
	その他				
備考 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。					
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
			Email		
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		☒		☐	
事業所	フリガナ				
	名 称				
	事業の種類		☐ 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		
	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
			Email		
	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	※老人居宅介護等事業の場合は記入不要	
添付書類		別添のとおり			

様式第一号(七)
老人居宅生活支援事業

廃止・休止届出書

年 月 日

知事殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

	介護保険事業所番号	
	法人番号	
廃止・休止する事業所	名称	
	所在地	
サービスの種類		
廃止・休止の別	☐ 廃止 ☐ 休止	
廃止・休止する年月日	年 月 日	
廃止・休止する理由		
現に便宜を受け又は入所している者に対する措置		
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日	

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。