

居宅サービス(みなし指定)開始届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所

氏 名

( 法人にあつては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名 )

次のとおりみなし指定を受け事業を開始しますので届け出ます。

		介護保険事業所番号								
みなし指定を受け事業を開始する事業所		名 称								
		所在地								
		電話番号 (         )         -								
開 始 す る サ ー ビ ス の 種 類		<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション								
		<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション								
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション								
		<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション								
開始に当たっての届出事項 届出の内容		届 出 の 内 容								
1	事業所の名称									
2	事業所の所在地									
3	主たる事務所の所在地									
4	代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名									
5	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)									
6	事業所の建物の構造、専用区画等(通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーションのみ)									
7	運営規定									
8	入所者の定員(通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーションのみ)									
9	併設施設の状況等									
10	その他									
開 始 年 月 日		年 月 日								
担当者名(連絡先 電話番号)										

- 備考 1 開始に当たって、該当する番号を○で囲んでください。  
2 内容が分かる書類を添付してください。

(記入例)

居宅サービス(みなし指定)開始届出書

〇〇年 〇月 〇日

香川県知事 殿

届出者 住所 香川県高松市番町4丁目1番10号  
社会福祉法人〇〇  
氏名 理事長 香川 太郎  
(法人にあつては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおりみなし指定を受け事業を開始しますので届け出ます。

		介護保険事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
みなし指定を受け事業を開始する事業所		名称	介護老人保健施設 〇〇									
		所在地	香川県高松市番町4丁目1番10号									
		電話番号(〇〇〇)	〇〇〇-〇〇〇〇									
開始するサービスの種類		<input type="checkbox"/>	通所リハビリテーション									
		<input type="checkbox"/>	(介護予防)通所リハビリテーション									
		<input checked="" type="checkbox"/>	訪問リハビリテーション									
		<input checked="" type="checkbox"/>	(介護予防)訪問リハビリテーション									
開始に当たつての届出事項 届出の内容		届 出 の 内 容										
1	事業所の名称	1~3 上記事業所のとおり 4 本体施設と同一のため省略 5 別紙のとおり 7 別紙のとおり 9 本体施設で利用する器具等の備品の共有 10 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書、当該事業に従事する職員の勤務体制一覧表及び資格証の写しを別添										
2	事業所の所在地											
3	主たる事務所の所在地											
4	代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名											
5	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)											
6	事業所の建物の構造、専用区画等(通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーションのみ)											
7	運営規定											
8	入所者の定員(通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーションのみ)											
9	併設施設の状況等											
10	その他											
開始年月日		〇〇年 〇月 〇日										
担当者名(連絡先 電話番号)		香川 太郎(〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)										

- 備考 1 開始に当たつて、該当する番号を○で囲んでください。  
2 内容が分かる書類を添付してください。