

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 ()	—
サ ー ビ ス の 種 類			
開 始 に 当 た っ て の 届 出 事 項		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		
7	運営規定		
8	入所者の定員		
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)

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
株式会社〇〇

氏 名 代表取締役香川太郎
〔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	〇〇通所リハビリテーション事業所									
		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									
サ ー ビ ス の 種 類												
開 始 に 当 た っ て の 届 出 事 項		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											
7	運営規定											
8	入所者の定員											
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)												

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。