事　業　開　始　届　出　書

平成　　年　　月　　日

宮崎県知事　殿

住　所
申請者
氏　名　　印
（法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名）

介護保険法に規定する指定居宅サービス事業（指定介護予防サービス事業者）を開始しますので、関係書類を添えて届出ます。

申請者	フリガナ										
	名称										
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道　府　県　　郡　市　区									
		（ビルの名称等）									
	申請者連絡先	電話番号				FAX 番号					
	法人の種別			法人所轄庁							
	代表者の職･氏名・生年月日	職名		フリガナ		生年月日					
				氏名							
	代表者の住所	（郵便番号　　－　　） 都　道　府　県　　郡　市　区									
		（ビルの名称等）									
事業所の種類	フリガナ										
	名称										
	事業所等の所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道　府　県　　郡　市　区									
		（ビルの名称等）									
	事業所連絡先	代表電話番号									
			実施事業	健康保険法による指定年月日	事業開始予定年月日						
	訪問看護										
	訪問リハビリテーション										
	居宅療養管理指導										
	通所リハビリテーション										
	介護予防訪問看護										
	介護予防訪問リハビリテーション										
	介護予防居宅療養管理指導										
	介護予防通所リハビリテーション										
医療機関コード等											