事　業　開　始　届　出　書

令和　　年　　月　　日

宮崎県知事　殿

住　所
申請者
氏　名

（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					
		Mail					

	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			
短期入所療養介護			
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			
介護予防短期入所療養介護			

医療機関コード等										