

老人居宅生活支援事業

事業開始の届出書

年 月 日

山梨県知事 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		<input checked="" type="checkbox"/>
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		
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)		
事業所	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		

老人居宅生活支援事業

変更届出書

年 月 日

所在地
山梨県知事 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	
変更年月日		年	月 日
変更があった事項(該当に○)		変更の内容	
変更内容	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	
	法人等の種類	Email	
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	<input type="checkbox"/> 老人居宅介護等事業 <input type="checkbox"/> 老人デイサービス事業 <input type="checkbox"/> 老人短期入所事業 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業 <input type="checkbox"/> 認知症対応型老人共同生活援助事業 <input type="checkbox"/> 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	
	事業を行おうとする区域	Email	
	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		

第3号様式(第2条の4関係)

老人居宅生活支援事業

廃止・休止届出書

年 月 日

山梨県知事 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	<input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 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。