サービス提供開始届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　群馬県介護高齢課長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地（住所）

　　　　　　　　　　　　　　　開設者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称（氏名）

　介護保険法に規定する指定居宅サービス事業者の指定があったものとみなされた居宅サービスを開始したいので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設種別 | 病院　・　診療所 | | 介護保険事業所番号 | １ | ０ | １ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | | | | | |  |
| 名　称 |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 〒 | | | | | | | | | | | | |  |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | （電話番号：　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |  |
| 開始するサービスの種類（該当する番号を○で囲む。） | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |
| １　通所リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |
| ２　介護予防通所リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | |  |
| サービス提供開始年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | |  |

注１　「施設種別」については、いずれかに○印をしてください。

２　「介護保険事業所番号」については、１０１の後に「保険医療機関コード」を記入し　　てください。

　３　この届出は、サービス提供を開始する日の属する前の月に提出してください。