様式第1号（第２条関係）

老人居宅生活支援事業開始届出書

*令和４*年*３*月*１０*日

*泉佐野市*長　様

　　　事業経営者　住所　*大阪府泉佐野市〇〇町〇丁目〇番〇号*

名称　*株式会社〇〇*

**介護保険法上のサービス名ではなく、老人福祉法上の事業の種類を記載してください。**

**事業の種類はＨＰの表でご確認ください。**

　次のとおり老人居宅生活支援事業を開始しますので、老人福祉法第14条の規定により届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事 業 の 種 類 | *老人居宅介護等事業* | |
| 経営者の氏名及び住所  （法人であるときは、その名称及び主たる事務所の所在地） | 氏名（法人の名称）  *株式会社○○* | |
| 住所（主たる事務所の所在地）  *大阪府泉佐野市〇〇町〇丁目〇番〇号* | |
| 事業所の名称及び所在地 | 名　称  *訪問介護ステーション〇〇* | |
| 所在地  *大阪府泉佐野市〇〇町〇丁目〇番〇号* | |
| 職員の職種 | 職務の内容 | 職員の定数 |
| *サービス提供責任者* | *計画の作成、訪問介護員に対する技術指導* | *１*人 |
| *訪問介護員* | *身体介護、生活援助の提供* | *５*人 |
|  |  | 人 |
|  |  | 人 |
|  |  | 人 |
|  |  | 人 |
| 主な職員の氏名 | *〇〇　〇〇（管理者）* | |
| *□□　□□（サービス提供責任者）* | |
| 事業を行おうとする区域 | *泉佐野市* | |
| 事業の用に供する施設  ・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  の場合に記入してください。 | 名　称  **こちらに記載のある事業のうち、特別養護老人ホームなど他の目的を有する施設の設備を利用して事業を行う場合は記載してください。** | |
| 種　類 | |
| 所在地 | |
| 入所定員 | |
| 事業開始予定年月日 | *令和４年４月１日* | |

※添付書類

法人登記事項証明書

※用紙の大きさは日本産業規格Ａ列４番とすること。