

老人福祉施設

設置の届出書

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施設設置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"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 届出を行う施設の種類の種類及び内容 | 施設の種類の種類 | 届出対象施設(該当事業に○) | 事業開始の予定年月日 | 様式 |
| | 老人デイサービスセンター | | | |
| | 老人短期入所施設 | | | |
| | 老人介護支援センター | | | |
| | 養護老人ホーム | | | 付表第一号(一) |
| | 特別養護老人ホーム | | | 付表第一号(二) |
| 有料老人ホーム | | | 付表第一号(三) | |
| 施設 | 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) | | |
| | 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 | | | |
| | 入所/入居定員 | 人 | | |
| 居室数 ※有料老人ホームの場合のみ | 室 | | | |
| 施設管理者/ | フリガナ | 住所 ※有料老人ホームの場合のみ | (郵便番号 -) | |
| | 氏 名 | | | |
| ○職員の定数及び職務の内容 ※有料老人ホームの場合には記入不要 | | | | |
| 職種 | | 職務内容 | | 定数 |
| | | | | 人 |
| | | | | 人 |
| | | | | 人 |
| | | | | 人 |
| 添付書類 | | 別添のとおり | | |

老人福祉施設

変更届出書

年 月 日

山梨県知事 殿

所在地

届出者 名称

代表者職名・氏名

老人福祉法上に規定する施設について、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 | | | |
| 変更内容 | 変更年月日 | | 年 月 日 | |
| | 変更があった事項(該当に○) | | 変更の内容 | |
| | 施設の名称、種類 | (変更前) | | |
| | 施設の所在地 | | | |
| | 設置者の氏名(法人であるときは、その名称) | | | |
| | 設置者の住所(法人であるときは、主たる事務所の所在地) | | | |
| | 建物の規模及び構造並びに設備の概要 | | | |
| | 施設の施設長/管理者の氏名 | | | |
| | 施設の施設長/管理者の住所 | | | |
| | 事業を行おうとする区域 | | | |
| | 入所定員、入居定員 | | | |
| | 居室数 | | | |
| | 施設の運営の方針 | | | |
| | 登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。) | (変更後) | | |
| | 施設において供与をされる介護等の内容 | | | |
| | 建築基準法第六条第一項の確認を受けたことを証する書類 | | | |
| | 設置届時の直近の事業年度の決算書 | | | |
| | 職員の配置の計画 | | | |
| | 一時金、利用料その他の入居者の費用負担の額 | | | |
| | 保全措置を講じたことを証する書類 | | | |
| 一時金の返還に関する契約の内容 | | | | |
| 長期の収支計画 | | | | |
| 重要事項説明書 | | | | |
| 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 |
| | | 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 type="checkbox"/> | | | | |
| 施設の種類 | フリガナ | | | |
| | 名称 | | | |
| | 施設の種類 | <input type="checkbox"/> 老人デイサービスセンター <input type="checkbox"/> 老人短期入所施設 <input type="checkbox"/> 老人介護支援センター <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム | | |
| | 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 | | | |
| | 入所/入居定員 | 人 | | |
| 居室数 | ※有料老人ホームの場合のみ | 室 | | |
| 施設長/管理者 | フリガナ | | | |
| | 氏名 | 住所 | (郵便番号) | |
| | | ※有料老人ホームの場合のみ | | |
| 添付書類 | 別添のとおり | | | |

※参考 届出が必要な変更事項(老人福祉法第十五条の二及び第二十九条第二項)

| | 老人デイサービスセンター | 老人短期入所施設 | 老人介護支援センター | 養護老人ホーム | 特別養護老人ホーム | 有料老人ホーム |
|-----------------------------|--------------|----------|------------|---------|-----------|---------|
| 施設の名称、種類 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 施設の所在地 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 設置者の氏名(法人であるときは、その名称) | | | | | | ○ |
| 設置者の住所(法人であるときは、主たる事務所の所在地) | | | | | | ○ |
| 建物の規模及び構造並びに設備の概要 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 施設の施設長/管理者の氏名 | ○ | ○ | ○ | | | ○ |
| 施設の施設長/管理者の住所 | | | | | | ○ |
| 事業を行おうとする区域 | ○ | ○ | ○ | | | |
| 入所定員、入居定員 | | ○ | | | | ○ |
| 居室数 | | | | | | ○ |
| 施設の運営の方針 | | | | ○ | ○ | ○ |
| 登記事項証明書・条例等 | | | | | | ○ |
| 施設において供与をされる介護等の内容 | | | | | | ○ |
| 建築基準法第六条第一項の確認を受けたことを証する書類 | | | | | | ○ |
| 設置届時の直近の事業年度の決算書 | | | | | | ○ |
| 職員の配置の計画 | | | | | | ○ |
| 一時金、利用料その他の入居者の費用負担の額 | | | | | | ○ |
| 保全措置を講じたことを証する書類 | | | | | | ○ |
| 一時金の返還に関する契約の内容 | | | | | | ○ |
| 長期の収支計画 | | | | | | ○ |
| 重要事項説明書 | | | | | | ○ |
| その他 | | | | | | |

老人福祉法に規定する老人福祉施設
 廃止・休止・入所定員の減少・増加届出(認可申請)書

年 月 日

所在地
 山梨県知事 殿

届出者(申請者) 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業の廃止・休止又は入所定員の減少・増加を届出(認可申請)します。

| | | |
|---|--|--|
| | 介護保険事業所番号 | |
| | 法人番号 | |
| 廃止・休止又は入所定員の減少・増加をする事業所 | 名称 | |
| | 所在地 | |
| サービスの種類 | | |
| 廃止・休止・入所定員の減少・増加の別 | <input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 入所定員の減少 <input type="checkbox"/> 休止 <input type="checkbox"/> 入所定員の増加 | |
| 廃止・休止又は入所定員の減少・増加をする年月日 | 年 月 日 | |
| 廃止・休止又は入所定員の減少・増加をする理由 | | |
| 現に便宜若しくは援助を受け 又は入所している者に対する措置 (廃止・休止又は入所定員の減少をする場合) | | |
| 減少・増加後の入所定員 | | |
| 休止予定期間 | 休止日 ~ 年 月 日 | |

備考 廃止・休止又は入所定員の減少・増加の日の1月前までに届出(認可申請)してください。
 入所定員の減少・増加は、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームのみが対象となります。