　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保険医療機関・医科用）

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）　　　　　　　　　　　印

　介護保険法第７１条第１項又は介護保険法施行法第４条の規定に基づき、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　訪問看護 ２　介護予防訪問看護 | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |
| ３　訪問リハビリテーション　　　　　　　４　介護予防訪問リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |
| ５　居宅療養管理指導　　　　　　　　　　６　介護予防居宅療養管理指導 | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | |  |
| 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　開始日が異なるサービスについては、別々に届け出てください。

　４　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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保険医療機関・歯科用）

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） 印

　介護保険法第７１条第１項又は介護保険法施行法第４条の規定に基づき、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 | ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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　訪問看護 ２　介護予防訪問看護 | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |
| ３　訪問リハビリテーション　　　　　　　４　介護予防訪問リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |
| ５　居宅療養管理指導　　　　　　　　　　６　介護予防居宅療養管理指導 | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | |  |
| 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、１０３の後に「保険医療機関コード」を記入し　　てください。

　３　開始日が異なるサービスについては、別々に届け出てください。

　４　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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保険薬局用）

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） 印

　介護保険法第７１条第１項又は介護保険法施行法第４条の規定に基づき、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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届け出る薬局 | | | 介護保険事業所番号 | １ | ０ | ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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　居宅療養管理指導　　　　　　　　　　　２　介護予防居宅療養管理指導 | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | |  |
| サービス提供開始年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | |  |

注１「介護保険事業所番号」については、１０４の後に「保険薬局コード」を記入してく　　ださい。

　２　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。