

例

(届出先区分が変わる場合)

受付番号 ※ (記載不要)

介護保険法第115条の32第2項(整備)又は第4項(区分の変更)に基づく業務管理体制に係る届出書

年 月 日

申請者欄は法人情報を記入してください。代表者の職名も記入してください。

(2)に「○」を付ける

事業者 名称
代表者氏名



とについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

区分変更前行政機関に届け出る場合は、この欄への記載は不要です

		事業者 (法人) 番号	※ (記載不要)
1	届出の内容		
	(1) 法第115条の32第2項関係 (整備)		
	(2) 法第115条の32第4項関係 (区分の変更)		
2	フリガナ		
	名称		
	住所 (主たる事務所の所在地)	(郵便番号 - 都道府県)	
		(ビルの名称等)	
	連絡先	電話番号	
	法人の種別		
3	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ氏名
	代表者の住所	(郵便番号 - 都道府県)	
		(ビルの名称等)	
4	事業所名称等及び所在地	事業所名称	指定(許可)年月日
		計	カ所
	介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号に基づく届出事項	第2号	法令遵守責任者の氏名
		第3号	業務が法令に適合することを確保するための規程の概要
		第4号	業務執行の状況の監査の方法の概要
5	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課	東播磨県民局	
	事業者 (法人) 番号	※ (記載不要)	
	区分変更の理由	県指定の通所介護事業所を廃止したため	
	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課	加古川市福祉部高齢者・地域福祉課	
	区分変更日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	

「株式会社」、「社会福祉法人」、「特定非営利活動法人」など

サービス種別ごとに1事業所として数えてください。介護予防の指定を併せて受けている場合は2か所となります。事業所名称等が書ききれない場合は、別紙に記載していただいても構いません。