様式第１６号（第１１条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**業務管理体制変更届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福井市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　介護保険法第１１５条の３２第３項の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所（法人）番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更があった事項 | 変更の内容 |
| １ | 法人種別、名称（フリガナ） | （変更前） |
| ２ | 主たる事務所の所在地、電話、FAX番号 |
| ３ | 代表者氏名（フリガナ）、生年月日 |
| ４ | 代表者の住所、職名 |
| ５ | 事業所名称等及び所在地 | （変更後） |
| ６ | 法令遵守責任者の氏名（フリガナ）及び生年月日 |
| ７ | 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 |
| ８ | 業務執行状況の監査方法の概要 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先 | 氏名 |  | E-mail |  | TEL |  |

備考

１　該当項目番号に○を付してください。

２　変更内容が分かる書類を添付してください。

３　「５　事業所名称等及び所在地」の変更に係る届出は、事業者等の指定又は廃止等によりその数に

変動が生じ、介護保険法施行規則第１４０条の４０各号に規定する業務管理体制の事項に変更が生じ

た場合のみ必要です。