様式第１５号（第１１条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**業務管理体制届出書**

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２項（同条第４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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業者（法人）番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １　届出の内容 |
|  | (1)　業務管理体制の整備（法第１１５条の３２第２項）（整備） |
| (2)　届出先の区分変更（法第１１５条の３２第４項）（区分の変更） |
| ２事業者 | フリガナ名　　　　　　称 |  |
|  |
| 主たる事務所の所在地 | （〒　　　　－　　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 法　人　の　種　別 |  |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 |  | フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　月　日 |
| 氏　名 |  |
| 代 表 者 の 住 所 | （〒　　　　－　　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| ３　事業所名称等及び所在地 | 事業所名称 | 指定（許可）年月日 | 介護保険事業所番号（医療機関コード） | 所　在　地 |
| 計　　箇所 |  |  |  |
| ４　介護保険法施行規則第１４０条の４０第１項第２号から第４号までに基づく届出事項 | (1) 第２号 | 法令遵守責任者の氏名（フリガナ） | 生年月日 |
|  |  |
| (2) 第３号 | 業務が法令に適合することを確保するための規定の整備 |
| (3) 第４号 | 業務執行の状況の監査の方法の概要 |
| ５区分変更 | 区分変更前行政機関名、担当部（局） |  |
| 事業者（法人）番号 |  |
| 区分変更の理由 |  |
| 区分変更後行政機関名称、担当部（局）課名 |  |
| 区分変更日 |  |

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

備考

　１　「１　届出の内容」欄の上段の「事業者（法人）番号」欄には記載しないでください。

　２　「１　届出の内容」欄及び「４　介護保険法施行規則第１４０条の４０第１項第２号から第４号ま

でに基づく届出事項」欄については、該当する括弧付きの番号を○で囲んでください。