様式第２号（第３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　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |

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第１項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。