

記入例 業務管理体制の整備に関して届け出る場合

第1号様式(第2条、第4条関係)

(表) ※ 受付番号

※事業者(法人)番号																				
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付番号・事業者(法人)番号に記入する必要はありません。

業務管理体制に係る届出書

届出日を記入してください。

年 月 日

大分県知事 殿

事業者名称 大分県庁 株式会社
代表者名 大分 一郎

事業者の名称・代表者名は登記簿記載と一致させてください。印は不要です。

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)の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

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 事業者	フリガナ 名 称 オオイタケンチョウ カブシキカイシャ 大分県庁 株式会社	
	住 所 (郵便番号 870 -****) (主たる事務所の所在地) 大分 都道 大分 郡市 大手町**丁目**番**号 府県 区 (ビルの名称等) ○○ビル	
	連絡先 電話番号 097-536-*** FAX番号 097-536-***	
	法人の種類 営利法人	
	代表者の職名・氏名・生年月日 職名 代表取締役 フリガナ 氏名 代表取締役 氏名 大分 一郎 生年月日 ++年△月□日	
代表者の住所 (郵便番号 870 -****) 大分 都道 大分 郡市 ***1丁目2番地3号 府県 区 (ビルの名称等)		
3 事業所名称等及び所在地 (複数ある場合は裏面に記入してください。)	事業所名称	サービスの種類
	所在地	
	指定(許可)年月日	介護保険事業所番号(医療機関等コード)

業務管理体制を整備し届出する場合は、(整備)に○を付けてください。

事業者の名称・住所・法人の種類・代表者の職名・代表者の住所は、登記内容と一致させてください。

○みなし事業所を除いた事業所等を記入してください。
○複数ある場合は、裏面様式に記入してください。
注)みなし事業所とは、病院等が行う居宅サービス(居宅療養管理指導・訪問看護・訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーション)であって、健康保険法の指定があったとき、介護保険法の指定があったものとみなされている事業所をいいます。

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号までの届出事項	第2号 (法令遵守責任者)	フリガナ オオイタ ハナコ 氏名 大分 花子	生年月日 ○年○月○日	
	第3号 (規程の概要)	事業者等の数が20以上の場合に提出	第4号 (監査の方法の概要)	事業者等の数が100以上の場合に提出

○届ける事項について該当する番号全てに○を付けてください。
 ○第2号については、全ての事業者が必ず氏名(フリガナ)及び生年月日を記入してください。
 ○第3号及び第4号を届ける場合は、概要等が分かる資料を添付してください。資料は、A4用紙により、既存資料の写し及び両面印刷したものでも構いません。

5 区分変更	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課											
	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											
	区分変更日	年 月 日										

業務管理体制を整備し届出する場合は、5の欄に記入する必要はありません。

(裏)

事業者名称	
-------	--

事業所等の合計 か所

1	事業所名称		サービスの種類	
	所在地			
	指定(許可)年月日		介護保険事業所番号(医療機関等コード)	
2	事業所名称		サービスの種類	
	所在地			
	指定(許可)年月日		介護保険事業所番号(医療機関等コード)	
3	事業所名称		サービスの種類	
	所在地			
	指定(許可)年月日		介護保険事業所番号(医療機関等コード)	
4	事業所名称		サービスの種類	
	所在地			
	指定(許可)年月日		介護保険事業所番号(医療機関等コード)	
5	事業所名称		サービスの種類	
	所在地			
	指定(許可)年月日		介護保険事業所番号(医療機関等コード)	

「3事業所等及び所在地」が複数ある場合、ご使用ください。