様式第1号(第2条・第4条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 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

　(あて先)長久手市長

事業者　所在地

名称

代表者氏名

　このことについて、次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)　介護保険法第115条の32第2項関係(整備) |
| (2)　介護保険法第115条の32第4項関係(区分の変更) |
| ２　事業者 | フリガナ名称 | 　 |
| 　 |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) |
| 　　　　　都道府県 | 　　　　　郡　市　　　　　区 |
| (ビルの名称等) |
| 連絡先 | 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 | (郵便番号　　　―　　　　) |
| 　　　　　都道府県 | 　　　　　郡　市　　　　　区 |
| (ビルの名称等) |
| 3　事業所名称等及び所在地 | 事業所名称 | 計　　か所 |
| 指定(許可)年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 介護保険事業所番号(医療機関等コード) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) |
| 　　　　　都道府県 | 　　　　　郡　市　　　　　区 |
| 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号までの規定に基づく届出事項 | 第2号 | 法令順守責任者の氏名(フリガナ) | 生年月日 |
| 　 | 年　　月　　日　　 |
| 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 | 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 |

(日本産業規格A列4番)