

届出先行政機関の変更が生じた場合は、区分変更前及び区分変更後の行政機関へそれぞれ届け出る必要があります。

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

(あて先) 一宮市長

事業所の名称、代表者氏名は登記内容と一致させてください。

〇〇年〇〇月〇日

事業者 名称 株式会社 〇〇〇〇  
代表者氏名 代表取締役 〇〇〇〇

このことについて、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		A																		
1	届出の内容		(1)法第115条の32第2項関係(整備) <input type="checkbox"/> 届出先区分の変更が生じた場合は(区分の変更)に〇を付けてください。 32第4項関係(区分の変更) <input checked="" type="checkbox"/>																	
	事業所の名称、住所、法人の種類別、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。		カブシキカイシャ 〇〇〇〇〇〇 株式会社 〇〇〇〇 (〒〇〇〇-〇〇〇〇) 愛知 都道 一宮 郡 (市) 〇〇丁目〇〇番〇〇号 府(県) 区 (ビルの名称等)																	
	主たる事務所の所在地		電話番号 0586-**-**** FAX番号 0586-**-****																	
	法人の種類別		営利法人																	
	職名		代表取締役	フリガナ	〇〇〇	〇〇	生年月日	昭和〇年〇月〇日												
	氏名		〇〇		〇〇	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 愛知 都道 一宮 郡 (市) 〇〇丁目〇〇番〇〇号 府(県) 区 (ビルの名称等)														
	事業所名称		指定(許可)年月	サービス種別ごとに1事業所として数えてください。介護予防の指定を併せて受けている場合は2カ所となります。事業所名称等及び所在地が書き切れない場合は、別紙に記載していただいても構いません。																
	計		4カ所																	
	第2号		法令遵守責任者の氏名(フリガナ)	〇〇		〇〇(〇〇〇	〇〇)	生年月日	昭和〇年〇月〇日											
	第3号		業務が法令に適合することを																	
第4号		業務執行の状況の監査の方法																		
5	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課		〇〇県高齢福祉課																	
	事業者(法人)番号		A																	
	区分変更の理由		〇〇県にて訪問介護事業所の指定を受けたため。																	
	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課		一宮市福祉部介護保険課																	
区分変更日		〇〇年 〇〇月 〇〇日																		

事業所の名称、住所、法人の種類別、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。

届け出る事項について該当する番号全てに〇を付けてください。第2号については、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号を届け出る場合は、概要等がわかる資料を添付してください。届出先区分の変更に合わせて、指定等事業所等の数の変更により、整備する業務管理体制について変更が生じた場合も、この欄に記入してください。

サービス種別ごとに1事業所として数えてください。介護予防の指定を併せて受けている場合は2カ所となります。事業所名称等及び所在地が書き切れない場合は、別紙に記載していただいても構いません。

2・3・4の欄について、区分変更前行政機関へ届け出る場合は、記入する必要はありません。

区分変更前行政機関が付番した事業者(法人)番号を記入してください。

連絡先	所属	〇〇部〇〇課	メール アドレス	***@*****	電話番号	0586-**-****
	フリガナ	〇〇〇 〇〇				
	氏名	〇〇 〇〇				