

第1号様式（第2条関係）

※受付番号

介護サービス事業者業務管理体制届出書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住 所
氏 名

〔法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名〕

介護保険法第115条の32第2項（介護保険法第115条の32第4項）の規定により、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			
届 出 の 内 容		1 介護保険法第115条の32第2項第1号又は第2号に該当 2 介護保険法第115条の32第4項に該当			
事	フリガナ 名 称	-----			
	主たる事務所の 所 在 地	(郵便番号 ー) ----- (ビルの名称等)			
業	連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号	
	法 人 の 種 別		法 人 所 轄 庁		
者	代表者の職・ 氏名・生年月日	職名	フリガナ 氏 名	-----	生年月日
	代表者(開設者) の 住 所	(郵便番号 ー) ----- (ビルの名称等)			
(事業所 施設)	名 称	指定(許可) 年 月 日	介護保険事業所 番号(医療機関 コード等)	所 在 地	
	計 簡所				
法令遵守責任者の 氏名・生年月日		フリガナ 氏 名	-----	生年月日	
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					
業務執行の状況の監査の方法の概要					
区 分 の 変 更	区分変更前の行政機関の名称及び担当部(局)課				
	事業者(法人)番号				
	区分変更の理由				
	区分変更後の行政機関の名称及び担当部(局)課				
区分変更年月日					年 月 日

(裏面)

- 備考
- 1 ※印の欄には、記入しないでください。
 - 2 「届出の内容」欄は、新規に業務管理体制を整備した場合には「1」を、届出先区分の変更が生じた場合には「2」を○で囲んでください。
 - 3 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。
 - 4 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
 - 5 「事業所(施設)」欄は、介護保険法第71条第1項又は第72条第1項の規定に基づき指定があったとみなされる事業所又は施設以外の事業所又は施設について記入してください。なお、記入しきれない場合には、別紙に記入の上、これを添付してください。
 - 6 次の書類を添付してください。
 - (1) 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(指定又は許可を受けている事業所又は施設の数20以上の事業者の場合に限る。)
 - (2) 業務執行の状況の監査の方法の概要(指定又は許可を受けている事業所又は施設の数100以上の事業者の場合に限る。)
 - 7 「区分の変更」欄は、介護保険法第115条の3第4項に該当する場合にのみ記入し、区分変更前の行政機関及び区分変更後の行政機関の双方に届け出てください。
 - 8 「事業者(法人)番号」欄は、区分変更前の行政機関が付番した番号を記入してください。
 - 9 「区分変更の理由」欄は、その理由を具体的に記入してください。なお、記入しきれない場合には、別紙に記入の上、これを添付してください。
 - 10 「区分変更年月日」欄は、事業所又は施設の新規指定、廃止等により区分が変更された年月日を記入してください。

(記入例)

第1号様式(第2条関係)

※受付番号	
-------	--

介護サービス事業者業務管理体制届出書

令和●年▽月×日

香川県知事 殿

申請者 住所 香川県高松市番町4丁目1番10号
株式会社○●
氏名 代表取締役香川 太郎

[法人にあっては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名]

介護保険法第115条の32第2項(介護保険法第115条の32第4項)の規定により、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				
届出の内容		① 介護保険法第115条の32第2項第1号又は第2号に該当 2 介護保険法第115条の32第4項に該当				
事業者	フリガナ 名称	カブシキガイシャマルマル 株式会社○●				
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号760-0001) 香川県高松市番町4丁目1番10号 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	087-888-111	FAX番号	087-888-1112	
	法人の種別	株式会社	法人所轄庁	法務省		
	代表者の職・ 氏名・生年月日	職名	代表取 締役	フリガナ 氏名	カガワ タロウ 香川 太郎	生年月日
	代表者(開設者) の住所	(郵便番号760-0001) 香川県高松市番町4丁目1番10号 (ビルの名称等)				
(事業所 施設)	名称	指定(許可) 年月日	介護保険事業所 番号(医療機関 コード等)	所在地		
	計3箇所	令和●年▽月 ■日	1234567890 1234567899 1234567888	香川県高松市番町4丁目1番10号 香川県高松市天神前6-1		
法令遵守責任者の 氏名・生年月日		フリガナ 氏名	カガワ タロウ 香川 太郎	生年月日 昭和×年▲月○日		
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						
業務執行の状況の監査の方法の概要						
区分 の変更	区分変更前の行政機関の名称及び担当部(局)課					
	事業者(法人)番号					
	区分変更の理由					
	区分変更後の行政機関の名称及び担当部(局)課					
区分変更年月日					年 月 日	