

第1号様式

記入する必要はありません → 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

平成 年 月 日

太田市長 殿

事業者 名 称
代表者氏名

印

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。

↓ 記入する必要はありません

事業者(法人)番号

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) ← 丸印をつけてください	
2	フリガナ名	
	住所 (主たる事務所の所在地)	(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 区 (ビルの名称等)
	連絡先	電話番号 <input type="text"/> 事業者(法人)の情報を記載してください。
	法人の種別	※事業所ではありません。
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名 <input type="text"/> フリガナ <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> 年 月 日 氏名 <input type="text"/>
	代表者の住所	(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 区 (ビルの名称等) ↓ 指定更新の日付ではありません。
3	事業所名称等及び所在地	事業所名称 指定(許可)年月日 介護保険事業所番号(医療機関等コード) 所在地 〇〇デイサービスセンター(例) 居宅サービスと介護予防サービスは、それぞれ記載してください。 休止中の事業所・指定サービス等についても記載してください。 計 1カ所 事業所が複数ある場合は、「別紙のとおり」とし、事業所一覧表を添付してください。
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号に基づく届出事項	第2号 法令遵守責任者の氏名(フリガナ) 生年月日
		第3号 業務が 指定等の数によります。(総合事業除く)
		第4号 業務執 指定等の数1~19は第2号、20~99は第2号、3号 100以上は第2号、第3号、第4号について届出してください。
5	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課	変更前の届出先について記入します。
	事業者(法人)番号	<input type="text"/> ← 記入する必要はありません
	区分変更の理由	介護予防通所介護の廃止に伴う届出先の変更のため
	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課	太田市役所 長寿あんしん課
	区分変更日	平成30年 4月 1日

届出先が変更になった日を記入します

(日本工業規格A列4番)