

記入例1：新規に業務管理体制を整備した場合

第1号様式

記入不要

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

届出日を記入

登記内容等と一致させる

平成**年**月**日

熊本県知事 様

事前に附番している番号を記入(Aから始まる17桁の番号)

事業者 名称
代表者氏名

県庁介護株式会社
代表取締役 県庁一郎

代表者印を押印

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。

事業者(法人)番号 A 4 3 0 0 0 1 2 3 4 5 6 4 3 0 0 0

1 届出の内容		(整備)に○を付ける			
(1) 法第115条の32第2項関係		<input checked="" type="checkbox"/>			
(2) 法第115条の32第4項関係(区分の変更)		<input type="checkbox"/>			
2 事業者	フリガナ 名称	けんちょうかいごかぶしきがいしゃ 県庁介護株式会社			
	住所 (主たる事務所の所在地)	(郵便番号 862-8570) 熊本 都道 郡(市) 中央区水前寺六丁目18番1号 新館4階			
	連絡先	電話番号	096-333-2219	FAX番号	096-384-2534
	法人の種類別	学利法人			
	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	ケンチョウ イロウ 県庁 一郎 昭和**年**月**日
	代表者の住所	(郵便番号 -) 熊本 都道 郡(市) ** 区 **郡**番地**号			
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	
※欄内に書ききれない場合は別紙を添付可	別紙のとおり		欄内に書ききれない場合は別紙一覧表等を添付		
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)	健福 花子 (ケンフク ハナコ)		
	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			
	第5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				

登記内容等と一致させる

届け出る事項に○を付ける

記入不要

(別紙) 事業所等一覧表

事業者名 ()

	事業所名称	指定(許可)年月日	介護保険事業所番号	所在地
1	デイサービス**	H**年**月**日	4300000001	**郡**町大字** **-*
2	(予防)			
3	**居宅介護支援事*	H**年**月**日	4300000002	**郡**町大字** **-*
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

介護予防サービスの指定を同時に受けている場合は、1事業所とカウントする

【事業所等の合計数 3 カ所】

※ 医療機関等のみなし指定事業所は含まず、介護予防事業所は行を分けて「(予防)」と記載してください。