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

平成　　年　　月　　日

四條畷市長　あて

事業者　名　　　称

代表者氏名

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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2) 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　　　-　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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　　　-　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３ 事業所名称等及び所在地 | | | | 事業所名称 | | | サービス種類 | | | | 介護保険事業所番号  ( 医療機関コード ) | | | | | | | | | | | | | | | | | 指定(許可)  年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | 所　在　地 | | | | | | | | |
| 別表のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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(ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | A |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | | | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先 | 所属 |  | メール  アドレス |  | 電話  番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |

記入要領

|  |
| --- |
| １ 共通事項 |

(1)　新規に業務管理体制を整備した事業者及び業務管理体制を届け出た後、事業所又

は施設（以下「事業所等」という。）の指定や廃止等に伴い、事業展開地域の変更に

より、届出先区分の変更が生じた事業者は、この様式を用いて関係行政機関に届け

出ること。

　(2)　受付番号及び事業者（法人）番号には記入しないこと。

(3)　事業者の名称、主たる事務所の所在地、法人の種別、代表者の職名、代表者の住

　　　所等は、登記内容等と一致すること。

(4)　「１　届出の内容」

　　 ① 新規に業務管理体制を整備し届け出る場合は、(1)法第115条の32第２項関係

の（整備）に○を付けること。

② 届出先区分の変更が生じた場合、(2)法第115条の32 第４項関係の(区分の変更)

に○を付けること。

なお、届出先区分の変更が生じた事業者は、区分変更前と区分変更後の行政機関

　　　にそれぞれ届け出ること。

事業所等の展開に応じた届出先行政機関

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 届出先 |
| 1. 事業所等が３以上の地方厚生局の管轄区域に所在する事業者 | 厚生労働大臣 |
| 1. 事業所等が２以上の都道府県の区域に所在し、かつ、２以下の地方厚生局の管轄区域に所在する事業者 | 事業者の主たる事務所が所在する都道府県知事 |
| 1. 全ての事業所等が１の都道府県の区域に所在する事業者 | 都道府県知事 |
| 1. 全ての事業所等が１の指定都市の区域に所在する事業者 | 指定都市の長 |
| 1. 地域密着型サービス（予防含む）のみを行う事業者であって、事業所等が同一市町村内に所在する事業者 | 市町村長（広域連合長） |

(5)「連絡先」

届出先の行政機関から、記載内容等についての連絡を行う場合があるため、この届出

に係る連絡先を記入すること。

|  |
| --- |
| ２　新規に業務管理体制を整備した事業者【法第115条の32第２項(整備)関係】 |

(1)「２　事業者」の「法人の種別」には、届出者が法人である場合に、営利法人、社会

福祉法人、医療法人、社団法人、特定非営利活動法人等の区別を記入すること。

　(2)「３　事業所名称等及び所在地」については、別表にみなし事業所及び介護予防・日常

生活支援総合事業における介護予防・生活支援サービス事業を除いた事業所等を記入し、欄外に事業所等の合計の数を記入すること。

　(3) ｢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」

　　 ① 事業所等数に応じ整備する業務管理体制について、該当する全ての番号に○を付け

ること。

　　 ② 第２号については、その氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)及び生年月日を記入すること。

　　 ③ 第３号及び第４号を届け出る場合は、別添資料の添付により行うこと。

　　　 （既存資料の写し及び両面印刷可）

　　第２号 法令遵守責任者の氏名及び生年月日

　　 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

事業所等数に応じて整備する業務管理体制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事　業　所　等　数 | | |
| 20未満 | 20以上100未満 | 100以上 |
| 第２号 | ○ | ○ | ○ |
| 第３号 | × | ○ | ○ |
| 第４号 | × | × | ○ |

（4）｢５　区分変更」は、区分変更のあった場合に記入するため、新規に業務管理体制を

整備した事業者は、記入する必要はないこと。

|  |
| --- |
| ３　業務管理体制を届け出た後、事業所等の指定や廃止等に伴い、事業展開地域の変更により、届出先区分の変更が生じた事業者【法第115条の32第４項(区分の変更)関係】 |

(1）事業所等の指定や廃止等により、届出先区分に変更があった事業者は、区分変更前

　　及び区分変更後の行政機関にそれぞれ届け出ること。

(2）区分変更前行政機関への届出

　　「１　届出の内容」の「(2)法第115条の32第4項関係」の他「５　区分変更」に記

　　入すること。

(3）区分変更後行政機関への届出

　　「１　届出の内容」「２　事業者」「３　事業所名称等及び所在地」「４　介護保険法施

行規則第140条の40第１項第２項から第４号に基づく届出事項」「５　区分変更」につ

いて、上記記入要領に基づいて記入すること。

なお、届出先区分の変更に併せて、整備する業務管理体制の内容が変更された場合も、

この様式を用いて届け出ること。

(4）「５　区分変更」欄

①「事業者（法人）番号」には、区分変更前行政機関が付番した番号を記入すること。

②「区分変更の理由」には、その理由を具体的に記入すること。

書ききれない場合は、記入を省略し別添資料として添付して差し支えないこと。

(既存資料の写し及び両面印刷可)

③「区分変更日」は、事業所等の新規指定・廃止等により区分が変更された日を記入

　すること。

別表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名称 | サービス種類 | 介護保険事業所番号  (医療機関コード) | 指定(許可)  年　月　日 | 所　在　地 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

計　　　か所（介護予防、介護予防支援についても１事業とし、「みなし事業所」を除いた事業所

を記入してください。）