|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号  記入する必要はありません。  第43号様式の７(第47条の12関係) |  |

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

事業者の名称、代表者氏名等は登記内容等と一致させてください。

　　年　　月　　日

届出日を記入して下さい。

　いわき市長　様

※届出にあたっては、指定を受けている　　　　　　　　　 　所在地　いわき市平字梅本21番地

全ての事業所の名称及び住所等を記載した一覧　　事業者　名称　いわき株式会社

表を添付して下さい。(任意の様式で可)　　　　　　　　 代表者氏名　梅本　太郎

事業者（法人）番号欄に記入する必要はありません。

　このことについて、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 | | | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
| １　届出の内容  届出先区分の変更が生じた場合は、（区分の変更）に○を付けて下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑴　介護保険法第115条の32第２項関係（整備） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ⑵　介護保険法第115条の32第４項関係（区分の変更） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２　事業者 | フリガナ | | イワキカブシキカイシャ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | いわき株式会社 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所  (主たる事務所  の所在地)  **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。** | | (郵便番号 970－8026 )  　福島　　　いわき　　　平字梅本２１番地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | 0246-22-○○○○ | | | | | | | | | | | | | | ファクシミリ番号 | | | | | | | | | | | | | | | 0246-22-○○○○ | | | | | | | | | | |
| 法人の種別 | | 営利法人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職名・  氏名・生年月日 | | 職名 | 代表取締役 | | | フリガナ | | | | | | | | ｳﾒﾓﾄ　　ﾀﾛｳ | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | 昭和○○年○月○日 | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | 梅本　太郎 | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所  **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。** | | (郵便番号　970－0000 )  　　福島　　　いわき　　　○○町○丁目○番地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３　事業所名称等  ○介護予防及び総合事業を含む事業所等を記入して下さい。  ○「事業所名称」欄の最後に事業所等の合計数を記入して下さい。  ○欄内に書ききれない場合は、記入を省略し別添資料（A４用紙）を添付して下さい。  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 | | | | | | | | | | | | |
| 計　　カ所 | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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号までに基づく届出事項  **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。**   * 届け出る事項について該当する番号全てに○をつけて下さい。   ○　第２号については、氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）及び生年月日を記入して下さい。  ○　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下さい。  　　（添付資料はA４用紙により、既存資料の写し及び両面印刷したもので結構です） | | | 第２号 | | 法令順守責任者の氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 梅本　花子（ｳﾒﾓﾄ　ﾊﾅｺ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 昭和○○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 | | 行政機関変更前機関名称、担当部(局)課  区分変更前行政機関が付番した事業者（法人）番号を記入して下さい。 | | | | | | ○○市保健福祉部介護保険課  分かる範囲で記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者（法人）番号 | | | | | |  |  |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 区分変更の理由 | | | | | | △△市にて訪問介護サービス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 | | | | | | ○○県保健福祉部介護保険課  分かる範囲で記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区分変更日 | | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* 区分変更した理由を具体的に記入して下さい。
* 欄内に書ききれない場合は、この様式への記入を省略し、変更の理由が分かる資料を添付していただいても差し支えありません。
* 添付資料は、A４用紙により、両面印刷したものでも構いません。

事業所等の新規指定・廃止等により区分が変更した日を

記入して下さい。