

記入要領 2 第 1 号様式・届出先区分の変更が生じた場合

業務管理体制を届け出た後、事業所又は施設の指定や廃止等に伴う事業展開地域の変更により、届出先区分に変更があった事業者は、この様式を用いて、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。

記入方法

○「2 事業者」欄

「法人の種類別」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。

○「3 事業所名称等及び所在地」欄

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、「事業所名称」欄に事業所等の合計の数を記入すること。

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)

○「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」欄

届出先区分の変更に合わせて、指定等事業所等の数の変更により、整備する業務管理体制の内容が変更された場合は、この欄に記入すること。

- 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(フリガナ)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)

事業所等の数に応じて整備する業務管理体制

		事業所等の数		
		20未満	20以上100未満	100以上
第 2 号	法令遵守責任者の氏名(フリガナ)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定の概要	×	○	○
第 4 号	業務執行状況の監査方法の概要	×	×	○

○「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)

記入例2 第1号様式・届出先区分の変更が生じた場合

第1号様式（第2条・第4条関係）

受付番号 受付番号：記入不要

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

厚生労働省宛の場合

年 月 日

厚生労働大臣 殿

事業者の名称、代表者氏名は登記内容等と一致させること。（押印不要）

事業者 名称 霞ヶ関株式会社
代表者氏名 東京 一郎

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

事業者（法人）番号：記入不要

業 者	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）：届出先の変更は（区分の変更）に○							
	フリガナ 名 称		カスミガセキカブシキカイシャ 霞ヶ関株式会社					
	主たる事務所の所在地		(〒100-8916) 東京都千代田区霞ヶ関一丁目2番地2号 (ビルの名称等) ○○ビル					
	電話番号		03-xxxx-xxxx		FAX番号 03-xxxx-xxxx			
	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 氏名	トウキョウ イチロウ 東京 一郎	生年月日	昭和十一年△月□日
	代表者の住所		(〒100-0000) 東京都港区○○一丁目2番地3号					
	区分変更前行政機関へ届け出る場合は、2及び3、4を記入する必要はありません。							
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			
		計 力所	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防、介護予防支援を含み、みなし事業所を除いた事業所等の合計数を記入。 書き切れない場合は添付資料を作成。 					
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			
			厚生 花子(コウセイ 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					
		<ul style="list-style-type: none"> 該当する番号全てに○ 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。 						
区 分 変 更	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課		○○県保健福祉部 名称はわかる範囲で記入。					
	事業者（法人）番号		A××××××××××××××××××××					
	区分変更の理由		□□県にて介護サービス事業所の指定を受け、3つの地方厚生局管轄となったため。					
	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課		厚生労働省老健局総務課介護保険指導室					
区 分 変 更 日		年 月 日						

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。

連絡先	所属	総務課	メール アドレス	Kasumigaseki_tok yo@mail	電話 番号	03-xxxx-xxxx
	フリガナ 氏名	トウキョウ ジロウ 東京 次郎				