

(記入例—整備（新規）の届出の場合)

第1号様式

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

令和3年6月1日

茨城県知事 殿

事業者番号：届出後に付番するので未記入のままにしてください。

事業者 名称 株式会社 長寿
代表者氏名 代表取締役 長寿 太郎

このことにより、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 カブシキガイシャ チョウジュ
株式会社 長寿
主たる事務所の所在地 (〒310-xxxx)
茨城県〇〇市〇〇町△-△-△
(ビルの名称等) ××ビル1階
電話番号 029-301-xxxx FAX番号 029-301-xxxx
法人の種類 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 チョウジュ タロウ 生年月日 昭和40年〇月〇日
代表者の住所 (〒310-xxxx)
茨城県〇〇市〇〇町△-△-△
(ビルの名称等)
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3カ所 別紙参照
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
福田 三郎 (フクダサブロウ) 昭和45年〇月〇日
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 総務課
フリガナ 氏名 イバラキ タロウ 茨城 太郎
メールアドレス xxxxx@xxxxxx
電話番号 029-301-xxxx

(別紙)

介護サービス事業所指定状況

|    | 事業所名         | サービスの種類  | 事業所番号      | 所在地         | 指定年月日    |
|----|--------------|----------|------------|-------------|----------|
| 1  | デイサービス<br>長寿 | 通所介護     | 087010×××× | 〇〇市□□町△-△-△ | 令和3年5月1日 |
| 2  | 訪問看護ステーション長寿 | 訪問看護     | 086010×××× | 〇〇市□□町△-△-△ | 令和3年5月1日 |
| 3  | 訪問看護ステーション長寿 | 介護予防訪問看護 | 086010×××× | 〇〇市□□町△-△-△ | 令和3年5月1日 |
| 4  |              |          |            |             |          |
| 5  |              |          |            |             |          |
| 6  |              |          |            |             |          |
| 7  |              |          |            |             |          |
| 8  |              |          |            |             |          |
| 9  |              |          |            |             |          |
| 10 |              |          |            |             |          |
| 11 |              |          |            |             |          |
| 12 |              |          |            |             |          |
| 13 |              |          |            |             |          |
| 14 |              |          |            |             |          |
| 15 |              |          |            |             |          |
| 16 |              |          |            |             |          |
| 17 |              |          |            |             |          |
| 18 |              |          |            |             |          |

※ 介護予防サービスについても1つと数えて記入してください。

※ 休止中の事業所についても記入してください。

※ 「医療みなし」の事業所及び「総合事業における介護予防・生活支援サービス事業」は除きます。