記入例　新規の届出の場合

様式第１号（第２条関係）

届出年月日を記入してください。

業務管理体制届出書

令和４年４月１日

事業者の名称、代表者氏名は登記内容と一致させてください。

福井県知事　様

所　在　地　福井市大手３丁目17-1
届出者名称　株式会社　福井介護
代表者氏名　代表取締役 福井 太郎

介護保険法第１１５条の３２第２項（第４項）に基づき、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	
1	届出の内容	
	(1) 業務管理体制の整備（法第115条の32第2項）	
	(2) 届出先の区分変更（法第115条の32第4項）	
2 事業者	フリガナ	カブシキカイシャ　フクイカイゴ
	名称	株式会社　福井介護
	住所（主たる事務所の所在地）	（郵便番号　９１０　－　８５８０　） 福井　都道　府県　福井　郡市区　大手３丁目17番１号
		（ビルの名称等）
	連絡先	電話番号　0776-20-0333　FAX番号　0776-20-0639
	法人の種別	株式会社
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名：代表取締役　フリガナ：フクイ　タロウ　氏名：福井　太郎　生年月日：昭和41年4月1日
	代表者の住所	（郵便番号　９１０　－　８５８０　） 福井　都道　府県　福井　郡市区　大手３丁目17番１号
		（ビルの名称等）
3	事業所名称等および所在地	事業所名称：計１箇所 指定（許可）年月日：令和４年４月１日 介護保険事業所番号（医療機関コード）：18999000001 所在地：福井市大手３丁目17番１号
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) 第2号　法令遵守責任者の氏名（フリガナ）：福井　花子　生年月日：昭和40年4月1日
		(2) 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整備
		(3) 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、担当部（局）	
	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）課名	
	区分変更日	

届出事項を選択してください。

備考

1　「1　届出の内容」欄の上段の「事業者（法人）番号」欄には記載しないでください。

2　「1　届出の内容」欄および「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」欄については、該当する括弧付きの番号を○で囲んでください。