第１号様式

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

業務管理体制に係る届出書

　　年　　月　　日

福岡市長　様

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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 法第115条の32第４項関係（区分の変更） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２  事  業  者  情  報 | フ　リ　ガ　ナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　　　称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | | | (〒　 　-　　　　）  都道　 郡　市  　　　 府県 　 区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | | | | | (〒　 　-　　　　）  都道　 郡　市  　　　 府県 　 区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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　　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 | |  | | | | | | | | E-mail | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | 電話 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | FAX | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

記入要領（第１号様式 業務管理体制に係る届出書）

|  |
| --- |
| 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. 全ての事業所等が１の中核市の区域に 所在する事業者   ※指定事業所に介護療養型医療施設を含む　場合は除く（届出先は都道府県知事） | 中核市の長 |
| 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 |

(5) 「連絡先」

届出先の行政機関から、記載内容等について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　事業者情報」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、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)

　(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、既に届出をしていて、届出先区分の変更が生じた事業者が記入する項目であるため、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、届出先区分の変更が生じた事業者は、　　　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　事業者情報」「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。

第１号様式（記入例)

**記入不要**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

業務管理体制に係る届出書

**市への届け出日を記入**

令和 ３年　６月　１日

福岡市長　様

事業者　名　　　称　株式会社　福岡

**事業者（法人）の名称，代表者氏名を記入**

**法人登記簿の内容と一致させること**

代表者氏名 福岡　太郎

**記入不要**

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。

**理由を具体的に記入**

**介護予防を含んだ事業所，**

**合計数等を記入**

**変更前の行政機関が付した番号を記入**

**区分が変更した日を記入**

**届出先の変更に併せて，事業所等数の変更により，整備する体制に変更が生じた場合も記入**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 法第115条の32第４項関係（区分の変更）   **（区分の変更）に〇** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２  事  業  者  情  報 | フ　リ　ガ　ナ | | | | | ｶﾌﾞｼｷｶｲｼｬ　ﾌｸｵｶ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　　　称 | | | | | 株式会社　福岡 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | | | (〒810　-　8620　）  福岡県福岡市中央区天神１丁目８番１号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | 092-000-0000 | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | | | | | | | | | | 092-000-0000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | ﾌｸｵｶ　ﾀﾛｳ | | | | | | | | | | | | | | | | 生年  月日 | | | | | | | | | 昭和40年5月１日 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | | | | | 福岡　太郎 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所  **「2 事業者」と「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号から第4号に基づく届出事項」の欄は,区分変更前の行政機関が福岡市になっている場合は, 記入** | | | | | (〒812　-　8653　）  福岡県福岡市東区箱崎２丁目54番１号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| グループホーム天神  デイサービス天神  計　２カ所 | | | | Ｈ２１．４．１  Ｈ２１．５．１ | | | | | ４００００００００１  ４００００００００２ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 天神1-8-1  天神1-8-2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福岡　太郎（ﾌｸｵｶ　ﾀﾛｳ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 昭和40年５月１日  **第３号，第４号については，概要等が分かる資料を添付** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第３号 | | 別紙のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第４号 | | 別紙のとおり  **理由を具体的に記載** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ５ 区分変更 | | | | 区分変更前行政機関名称、担当部(局)課 | | | | | | | | | | 福岡県保健医療介護部介護保険課 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者（法人）番号 | | | | | | | | | | A | | | | 4 | | 0 | | | 0 | | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | | | | 0 | | 0 | | | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 |
| 区分変更の理由 | | | | | | | | | | 県指定の居宅介護支援事務所を廃止したため | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区分変更後行政機関名称、担当部(局)課 | | | | | | | | | | 福岡市保健福祉局高齢社会部事業者指導課 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区分変更日 | | | | | | | | | | 令和3年6月1日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 所属 | | 株式会社　福岡　総務課 | | | | | | | | E-mail | | | | | | | | | | | | ａａａａａａａａａ＠mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | フクオカ　ジロウ | | | | | | | | 電話 | | | | | | | | | | | | 092-000-0000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | 福岡　次郎 | | | | | | | | FAX | | | | | | | | | | | | 092-000-0000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |