様式第10号（第12条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

業務管理体制届出書

岡山県知事　　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　 　届出者 住　所（法人にあっては，主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名（法人にあっては，名称及び代表者氏名）

介護保険法（平成９年法律第１２３号）第１１５条の３２第２項（第４項，旧介護保険法第１１５条の３２第２項（第４項））の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※　事　業　者　（　法　人　）　番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 届出の内容 | １　新規届出 |
| ２　届出先区分・変更 |
| 事業者 | フリガナ名称又は氏名 |  |
|  |
| 主たる事務所の 所 在 地 | （郵便番号　　　　　－　　　　　　） |
| 連絡先 | 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 | 年　 月 　日 |
| 氏　名 |  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　　　　） |
| 事業所名称等 | 事業所名称 | 指定(許可)年 月 日 | 介護保険事業所番号（医療機関コード等） | 所 在 地 |
| 計　　箇所 |  |  |  |
| 介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号)第140条の40第１項第２号から第４号までの届出事項 | 第２号（法令遵守責任者） | 氏名（フリガナ） | 生年月日 |
|  | 年　　 月　 　日 |
| 第３号（規程の概要） |  |
| 第４号（監査の方法の概要） |  |
| 区分変更 | 区分変更前の行政機関の名称及び担当部局 |  |
| 事　業　者　（法　人）　番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 区　分　変　更　の　理　由 |  |
| 区分変更後の行政機関の名称及び担当部局 |  |
| 区分変更年月日 | 年　　月　　日 |
| 連絡先 | 所属 |  | メールアドレス |  | 電話番号 | 　　　　 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |

備考　１　※印欄には，記入しないでください。

２　「旧介護保険法」とは，健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の２第１項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法をいう。

３　「連絡先」には，この届出に係る連絡先を記入してください。