

業務管理体制の整備に関して、事業者として初めて届け出る場合（介護サービス事業をあらたに始めた場合）

第1号様式

必ず記入してください。

提出担当者 連絡先	部署名 電話 ファックス 氏名	〇〇〇株式会社 〇〇課 025-228-**** 025-222-**** 〇〇 〇〇
--------------	--------------------------	--

◎ 記入上の留意点等の詳細は、「記入要領1」をご覧ください。

届出先行政機関については、「4. 届出先」参照

（あて先）新潟市長

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

届出日を記入してください。

令和 3年 10月 1日

開設（事業）者  
名 称 **新潟株式会社**  
代表者職・氏名 **代表取締役 新潟 一郎**  
（個人にあつては氏名）

印

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。

記入する必要はありません。

申請者が  
○法人の場合は、登記している代表者印  
○（病院・診療所であつて）個人の場合は、印鑑登録している印

※事業者番号

1 届出の内容（該当の項目に○をつける）

- (1)  法第115条の32第2項関係（業務管理体制の整備）
- (2)  法第115条の32第4項関係（届出先区分の変更）

申請者が個人（病院又は診療所）の場合は、「法人の種類」「代表者の職名・氏名・生年月日」「代表者の住所」欄の記載は不要です。

フリガナ	ニガタケンシカガイシャ		
名 称	新潟株式会社		
住 所 （主たる事務所の所在地）	（郵便番号 951-****） 新潟 都道府県 新潟 郡市区 **区**町**番地 （ビルの名称等）		
連 絡 先	電話番号	025-228-****	FAX番号 025-222-****
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 生年月日 ニガタ 一郎 昭和 **年**月**日
代表者の住所	（郵便番号 951-****） 新潟 都道府県 新潟 郡市区 **区**丁目**番**号 （ビルの名称等）		

3 事業所等名称及び所在地等（記入欄が不足の場合は「別表」に記入）

事業所等名称（サービスの種類）	指定（開業）年月日	介護保険事業所番号	所在地
-----------------	-----------	-----------	-----

別表のとおり

欄内へ直接記入する場合、「事業所名称」欄には、「サービスの種類」も必ず記入してください。  
例）学校町ヘルパーステーション（訪問介護）※みなし事業所と総合事業は対象外です。  
学校町ケアプラザセンター（居宅介護支援） など

事業所等数：計9カ所

記入欄が不足の場合は、「事業所等数」のみを記入の上、「別表（事業所等一覧）」に記入してください。みなし事業所と総合事業の事業所は含めません。

第2号のみ該当の場合は、当該箇所に記載するだけで結構です。（添付書類は必要ありません。）

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～4号の該当する項目全てに○をつける）

第2号 <input checked="" type="radio"/>	（フリガナ）	コウセイ ハナコ	昭和 **年**月**日
第3号 <input type="radio"/>	業務が法人による		
第4号 <input type="radio"/>	業務が個人による		

選任にあつては、（届出等に関する説明書）の14ページを参照してください。

とを確保するための規程の概要（概要を添付）  
方法の概要（概要を添付）

第3号又は第4号に該当する場合、必ず概要を添付してください。

区分変更前の行政機関名，担当部（局）課	
事業者番号 （区分変更前の行政機関が付番した事業者番号を記入。）	
区分変更の理由	
区分変更後の行政機関名，担当部（局）課	
区分変更日	年 月 日

業務管理体制を新たに届け出る場合は、記入する必要はありません。