（様式第３号）【記入例：業務管理体制の整備の届出】

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

児童福祉法に基づく業務管理体制届出書

記入する必要はありません。

　　令和〇年　〇月　〇日

吹 田 市 長 あ て

　　　　　事業者　名　　　称　〇〇　株式会社

　　　　代表者氏名　代表取締役　〇〇　〇〇

児童福祉法（以下「法」という。）の規定により、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

業務管理体制を整備し届け出る場合は、（整備）に○してください。

該当するもの全てに○して下さい。上記３の事業所数が２０か所未満の場合は、「第２号」のみが該当です。

該当する条文に○してください。

複数の条文が該当する場合は、それぞれの該当条文ごとに届け出て下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 事業者（法人）番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １　届出の内容 |
|  | （１）法第21条の5の26第2項・法第24条の38第2項関係（業務管理体制の整備） |
|  | （２）法第21条の5の26第4項・法第24条の38第4項関係（事業者の区分の変更） |
| ２　事　　業　　者 | フ　リ　ガ　ナ | マルマルカブシキガイシャ |
| 名称又は氏名 | 〇〇　株式会社 |
| 住　　　所（主たる事務所の所在地） | （郵便番号　〇〇〇－〇〇〇〇　）大阪　　都道　　吹田　　　　郡　市　〇〇町〇丁目〇番〇号　　　　府県　　　　　　　　区 |
| （ビルの名称等） |
| 連　　絡　　先 | 電話番号 | 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | ＦＡＸ番号 | 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 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 | 〇〇　〇〇 | 生年月日 | 昭和〇〇年〇〇月〇日 |
| 氏　名 | 〇〇　〇〇 |
| 代表者の住所 | （郵便番号　〇〇〇－〇〇〇〇　）大阪　　都道　　吹田　　　　郡　市　〇〇町〇丁目〇番〇号複数事業所がある場合は、事業所等の合計数のみ記入し、詳細は別表を参考に作成して下さい。事業所等の合計数は、サービス種別ごととなります。　　　　府県　　　　　　　　区複数事業所がある場合は、事業所等の合計数のみ記入し、一覧表を作成して下さい。事業所等の合計数は、サービス種別ごととなります。 |
| （ビルの名称等） |
| ３　事業所名称等　　及び所在地 | 事業所名称 | 指定年月日 | 事業所番号 | 所　在　地 |
| 計　〇か所 |  | 別紙のとおり |  |
| ４　法の該当する条文（事業者の区分） | （１）法第21条の5の26（指定障害児通所支援事業者） |
| （２）法第24条の38（指定障害児相談支援事業者） |
| ５　児童福祉法施行規則第18条の38第1項及び第25条の26の9第1項第2号から第4号の届出事項 | 第２号 | 法令遵守責任者の氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）整備の届け出の場合は、記入する必要はありません。（届け出先区分に変更が生じた場合にのみ記入して下さい。） | 生年月日 |
| 〇〇　〇〇 | 昭和〇〇年〇〇月〇日 |
| 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 |
| ６ 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |

別紙（参考様式）：指定事業所一覧表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名称 | 指定年月日 | 事業所番号 | 所　在　地 |
| 〇〇（児童発達支援） | 令和〇〇年〇月〇日 | 27516～ | 吹田市〇〇町〇丁目〇番〇号 |
| ○○（放課後等デイサービス） | 令和〇〇年〇月〇日 | 27516～ | 吹田市〇〇町〇丁目〇番〇号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |