

■変更届必要書類一覧■

項目番号及び名称は変更届出書(第4号様式)と同じ

※付表は、1事業ごとに1枚添付してください。ただし、総合事業同士(国基準の訪問と訪問A、国基準の通所と通所A・C)は、まとめて1枚で提出することは可能です。

※変更後10日以内(加算の変更の場合は、適用月の前月の15日まで)に届け出てください。遅延した場合は、遅延理由書を添付してください。

変更事項 番号	書類名称 様式番号	変更届出書	付表 (別表)	登記簿 謄本	勤務形態 一覧	管理者の 経歴書	事業所 平面図	運営規程	協力医療 機関契約書	請求に関 する事項	誓約書	介護支 援専門 員一覧	資格証明	連携先 訪問看 護一覧	遅延理由 書	その他	
		第4号 様式	付表 1-1 ~12		参考 様式1	参考様式 2-1	参考 様式3			加算 様式	参考様式 9-1 ~9-4	参考 様式10		参考 様式14	参考 様式15		
1	事業所(施設)の名称	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>								※	
2	事業所(施設)の所在地 ※電話番号・FAX番号含む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> ※1	<input type="checkbox"/>								※	
3 申請者の名称等																	
	(1)申請者の名称 の変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/> ※1				※	
		※1 法人代表者の変更を伴う場合のみ、ご提出ください。															
	(2)主たる事務所の 所在地の変更 ※電話・FAX番号含む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												※	
4	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>					※	
5	登記事項証明書・ 条例等の変更(当該 指定事業に関するも のに限る)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												※	
6	事業所(施設)の 建物の構造、専用 区画等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>									※	
7 管理者の氏名等																	
	(1)管理者の氏名、 生年月日、住所 の変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>											※	
	(2)管理者の経歴 の変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>			※	
		※1 管理者に資格要件がある種別(介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)小規模多機能型居宅介護、 (介護予防)認知症対応型共同生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援)の場合のみ。															
8	サービス提供責任者 の氏名及び住所の 変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> ※1					<input type="checkbox"/> ※2			※	
		※1 サービス提供責任者の増・減員の場合にご提出ください。 ※2 必須研修の修了書の写しをご提出ください。															
9 運営規程の変更																	
	(1)営業日・営業時間 の変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>								※	
	(2)従業者数の変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			※	
	(3)サービスの内容・ 提供方法の変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>								※	
	(4)利用料の変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>								※	
	(5)通常の事業の 実施地域の変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>								※	
	(6)定員の変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ※1			<input type="checkbox"/> ※2					<input type="checkbox"/> ※1			※	
		※1 人員配置基準に変更がある場合のみご提出ください。 ※2 地域密着型通所介護、通所型サービスAの場合は提出を省略できます。															
	(7)その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>								※	<input type="checkbox"/> ※1
		※1 必要に応じてご提出ください。															
10	協力医療機関(病院) ・協力歯科医療機関	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>							※	
		※ (介護予防)小規模多機能型居宅介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人 福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護のみ。															
11	介護老人福祉施設等 との連携・支援体制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>							※	
		※ (介護予防)小規模多機能型居宅介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、看護小規模多機能型居宅介護のみ。															
12	併設施設の状況等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> ※1									※	
		※ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のみ。 ※1 変更箇所がわかるものをご提出ください。															
13	地域密着型介護サー ビス費、介護給付費 又は総合事業支給費 の請求に関する事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/> ※1			<input type="checkbox"/> ※2			※	
		※1 届出書と加算体制等状況一覧表(別紙1)の他、加算の種類に応じて加算算定用書類等(根拠資料含む)もご提出ください。 ※2 申請する加算に資格要件がある場合のみご提出ください。															
14	介護支援専門員の 氏名及びその登録 番号の変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/> ※1	<input type="checkbox"/> ※2			※	
		※1 介護支援専門員の一覧表をご提出ください。 ※2 必須研修の修了書の写しをご提出ください。															
15	本体施設、併設施設 との移動経路等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> ※1									※	
		※ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のみ。 ※1 移動経路を記したものを提出してください。															
16 その他																	
	(1)資格要件がある 従業者の変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/> ※1			※	
		※1 必須研修の修了書の写しをご提出ください。															
	(2)その他の従業者 の変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>											※	
	(3)連携する訪問看護 事業所の名称及び 所在地の変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											<input type="checkbox"/>		※	
		※ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護で連携型の場合のみ。															
	(4)事業所が病院 若しくは診療所 等の別の変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													※	
		※ 看護小規模多機能型居宅介護の場合のみ。															
	(5)その他の変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													※	<input type="checkbox"/> ※1
		※1 必要に応じてご提出ください。															