

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定内容変更届出書

年 月 日

久留米市長 あて

所在地

事業者 名称 印

代表者氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険 事業所番号		4	0									
指定内容を変更した事業所		名 称												
		所在地												
サービスの種類														
変更があった事項		変更の内容												
1	事業所の名称	(変更前)												
2	事業所の所在地													
3	事業者の名称・主たる事務所の所在地													
4	代表者の職・氏名、生年月日及び住所													
5	定款・寄付行為等及びその登録事項証明書又は条例等 (当該事業に関するものに限る。)													
6	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等													
7	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所													
8	サービス提供責任者の氏名及び住所													
9	生活援助責任者の氏名及び住所	(変更後)												
10	計画職員の氏名及び職種													
11	運営規程(利用定員、営業日 等)													
12	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関													
13	事業所の種別													
14	元気デイサテライトに関する事項 (場所、利用者の定員、営業日、事業者 等)													
15	役員の氏名、生年月日及び住所													
16	その他()													
変 更 年 月 日		年 月 日												
備考 1 該当項目番号に○を付してください。 2 変更内容が分かる書類を添付してください。		記入 担当者	氏名											
		電話		Fax										

変更届出書チェック表（通所型サービス）

事業所名：

	提出書類	チェック項目
共通事項	<input type="checkbox"/> 変更届出書（第7号様式）	<input type="checkbox"/> 提出年月日は記載されているか <input type="checkbox"/> 届出書は法人名で記入されているか <input type="checkbox"/> 代表者名は記載されているか <input type="checkbox"/> 法人印が押印されているか <input type="checkbox"/> 介護保険事業所番号、名称、所在地は正しく記載されているか <input type="checkbox"/> サービス種類は正しいか <input type="checkbox"/> 変更項目に○はつけられているか <input type="checkbox"/> 変更前後の内容が正しく記載されているか <input type="checkbox"/> 変更年月日が記載されているか
	<input type="checkbox"/> 変更届出事項(入力用) ※予防デイの場合は、(1)、(2) ※元気デイの場合は、(3)、(4) ※集中デイの場合は、(5)、(6)	<input type="checkbox"/> 変更届出事項の該当欄に、変更後の内容が正しく記載されているか ※変更届出事項(入力用) (1)～(6) の記載事項が変更されない場合、もしくは、該当する項目がない場合は、提出不要です。
	<input type="checkbox"/> 変更届出書チェック表（本表）	<input type="checkbox"/> 変更に係る全ての項目をチェックし、漏れがないことを確認したか
具体的な変更項目	添付書類	チェック項目
1 事業所の名称	<input type="checkbox"/> 運営規程	<input type="checkbox"/> 運営規程の事業所名は変更されているか <input type="checkbox"/> 定款、登記等については、変更の必要はないか （事業所名を登記している場合は変更が必要）
2 事業所の所在地	<input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 事業所の平面図 <input type="checkbox"/> 事業所の写真 （A4サイズの台紙に貼付すること） ※住所表示の変更の場合は、添付書類は不要です	<input type="checkbox"/> 住所表示変更の場合を除き、事前協議がなされているか <input type="checkbox"/> 運営規程の事業所の所在地は変更されているか <input type="checkbox"/> 平面図に各室の用途が記載されているか <input type="checkbox"/> 他事業との区分は明確になっているか （同一場所で他事業と合わせて実施することは可能です。その場合、区画を明確にする必要がありますのでマーカー等で区画を示してあることが必要です。しきり等は必要ありません。なお、相談室・食堂・機能訓練室・静養室の兼用は認めておりません） <input type="checkbox"/> 専用の個室である相談室が備えられているか <input type="checkbox"/> 食堂及び機能訓練室は内法での救積がなされているか （救積表（図）が添付されているか、内法での寸法が記載されていること） <input type="checkbox"/> 当該事業で使用する備品の内訳が平面図等に記載されているか <input type="checkbox"/> 事業所の建物の外観、各室の様子が分かる写真が添付されているか <input type="checkbox"/> 定款、登記等については、変更の必要はないか
3 主たる事務所の所在地	<input type="checkbox"/> 定款の写し <input type="checkbox"/> 登記簿謄本	<input type="checkbox"/> 定款、登記簿謄本は適切に変更されているか
4 代表者の氏名及び住所	<input type="checkbox"/> 登記簿謄本 <input type="checkbox"/> 誓約書 （欠格及び暴力団排除に係る2つの誓約書が必要）	<input type="checkbox"/> 定款、登記簿謄本は適切に変更されているか <input type="checkbox"/> 介護保険法第70条の第2項各号等の規定に該当しない旨の誓約書が添付されているか <input type="checkbox"/> 暴力団排除の誓約書が添付されているか
5 定款・寄付行為等及びその登記簿謄本・条例等	<input type="checkbox"/> 定款 <input type="checkbox"/> 登記簿謄本	<input type="checkbox"/> 定款、登記簿謄本は適切に変更されているか

（注）事業所の設備（建物）を変更する場合は、平面図を作成後、必ず事前に介護保険課と協議してください

具体的な変更項目		添 付 書 類	チェック項目
6 事業所の建物の構造、専用区画等		<div><input type="checkbox"/> 事業所の平面図</div> <div><input type="checkbox"/> 事業所の写真 (A 4 サイズの台紙に貼付すること)</div>	<div><input type="checkbox"/> 事前協議がなされているか</div> <div><input type="checkbox"/> 平面図に各室の用途が記載されているか</div> <div><input type="checkbox"/> 他事業との区分は明確になっているか (同一場所で他事業と合わせて実施することは可能です。その場合、区画を明確にする必要がありますのでマーカー等で区画を示してあることが必要です。しきり等は必要ありません。なお、相談室・食堂・機能訓練室・静養室の兼用は認めておりません)</div> <div><input type="checkbox"/> 専用の個室である相談室が備えられているか</div> <div><input type="checkbox"/> 食堂及び機能訓練室は内法での救積がなされているか (救積表 (図) が添付されているか、内法での寸法が記載されていること)</div> <div><input type="checkbox"/> 当該事業で使用する備品の内訳が平面図等に記載されているか</div> <div><input type="checkbox"/> 事業所の建物の外観、各室の様子が分かる写真が添付されているか</div>
		<div>(注) 事業所の建物の構造、専用区画等を変更する場合は、平面図を作成後、必ず事前に介護保険課と協議してください</div>	
7 事業所の管理者の氏名及び住所		<div><input type="checkbox"/> 管理者の経歴書</div> <div><input type="checkbox"/> 誓約書 (欠格及び暴力団排除に係る 2 つの誓約書が必要)</div>	<div><input type="checkbox"/> 管理者の経歴書は添付されているか</div> <div><input type="checkbox"/> (管理者が兼務を行っている場合) 変更届出事項(入力用) (1) に兼務の状況が分かるように記載されているか</div> <div><input type="checkbox"/> 介護保険法第70条の第2項各号等の規定に該当しない旨の誓約書が添付されているか</div> <div><input type="checkbox"/> 暴力団排除の誓約書が添付されているか</div>
10 計画職員の氏名及び職種		<div><input type="checkbox"/> 資格証の写し</div> <div><input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表</div> <div><input type="checkbox"/> 計画職員の経歴書(※1)</div>	<div><input type="checkbox"/> 計画職員の資格要件が満たされているか ① 理学療法士 ② 作業療法士</div> <div><input type="checkbox"/> 計画職員の経歴書は添付されているか(※1)</div>
11 運営規程	① 営業日、営業時間、サービス提供時間、年間の休日	<div><input type="checkbox"/> 運営規程</div>	<div><input type="checkbox"/> 変更後の運営規程は添付されているか</div> <div><input type="checkbox"/> 運営規程に変更後の内容が正しく記載されているか</div>
	② 実施単位数、利用定員の増減	<div><input type="checkbox"/> 運営規程</div> <div><input type="checkbox"/> 変更届出事項(入力用) (2)、(4)、(6) (複数単位実施の場合のみ)</div> <div><input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表</div> <div><input type="checkbox"/> 資格証の写し (変更があった従業者分のみ)</div>	<div><input type="checkbox"/> 変更後の運営規程は添付されているか</div> <div><input type="checkbox"/> 運営規程に変更後の内容が正しく記載されているか</div> <div><input type="checkbox"/> 複数単位実施の場合、勤務形態一覧表が単位毎に分けて作成されているか</div> <div><input type="checkbox"/> 年度が変わる際に、前年度から利用定員を25%以上変更する場合で、通所系サービス事業所規模の区分等調査票(B)による計算の結果、事業所規模が変わる場合、介護給付費算定に係る体制等に関する変更届出書が添付されているか</div>
	③ 通常事業の実施地域	<div><input type="checkbox"/> 運営規程</div>	<div><input type="checkbox"/> 変更後の運営規程は添付されているか</div> <div><input type="checkbox"/> 運営規程に変更後の内容が正しく記載されているか</div> <div><input type="checkbox"/> 実施地域が適切か、飛び地や虫食い地となっていないか、また、利用者を送迎するには範囲が広すぎないか</div>
	④ その他の事項	<div><input type="checkbox"/> 運営規程</div>	<div><input type="checkbox"/> 変更後の運営規程は添付されているか</div> <div><input type="checkbox"/> 運営規程に変更後の内容が正しく記載されているか</div>
15 役員の氏名、生年月日及び住所		<div><input type="checkbox"/> 誓約書 (欠格及び暴力団排除に係る 2 つの誓約書が必要)</div>	<div><input type="checkbox"/> 変更届出書の (変更前) 欄に役員等から外れた者の氏名が、また、(変更後) 欄には新たに役員等に加わる者の氏名が記載されているか</div> <div><input type="checkbox"/> 介護保険法第70条の第2項各号等の規定に該当しない旨の誓約書が添付されているか</div> <div><input type="checkbox"/> 暴力団排除の誓約書が添付されているか</div>

注 管理者を除く従業者の増減、交代、勤務形態（常勤・非常勤、専従・非専従）の変更のみの場合は、届出は不要としています。ただし、当職から指示した場合はこの限りではありません。

指定介護予防通所サービスに係る変更届出事項(1単位目)

(注)変更する項目の欄にのみ、変更後の内容を記入してください。

申請者及びその代表者	フリガナ															
	名 称															
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 -)													
			(ビルの名称等)													
	連 絡 先		電話番号								F A X 番号					
	代表者の職及び氏名		職名				フリガナ									
							氏名									
生年月日																
代表者の住所		(郵便番号 -)														
		(ビルの名称等)														

事業所	フリガナ																		
	名 称																		
	所 在 地		(郵便番号 -)																
			福岡県																
			(ビルの名称等)																
直通連絡先		電話番号								F A X 番号									
		食堂及び機能訓練室の合計面積												m ²					

管理者	フリガナ						住 所		(郵便番号 -)					
	氏 名													
	生年月日						電話番号							
	当該介護予防通所サービス介護事業所内で兼務する他の職種 (兼務する場合のみ記入)													
	同一敷地内の他の事業所で兼務する職務 (兼務する場合のみ記入)						事業所等名称							
							職 種							

運営規程	利用定員		人						実施単位数				単位					
	利用料		法定代理受領分								法定代理受領分以外							
	その他費用																	
	通常の事業実施地域		① ② ③ ④ ⑤															
			備考															
	単位	従業者				生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員						
				専従		兼務		専従		兼務		専従				兼務		
				常勤(人)														
				非常勤(人)														
				日 月		火 水		木 金		土 祝		その他の年間 の休日						
		営業日																
		定員																
		営業時間		平日		～				土曜		～				日曜・祝		～
備考																		
サービス提供時間		平日		～				土曜		～				日曜・祝		～		

(入力用) (2)

指定介護予防通所サービスに係る変更届出事項(2単位目以降)

(注1) 変更する項目の欄にのみ、変更後の内容を記入してください。

(注2) 2単位目以降該当がない場合には添付は不要です。

2 単位目	従業者			生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)										
		非常勤(人)										
		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日		
	営業日											
	定員											
	営業時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝		～	
		備考										
サービス提供時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝		～		

3 単位目	従業者			生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)										
		非常勤(人)										
		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日		
	営業日											
	定員											
	営業時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝		～	
		備考										
サービス提供時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝		～		

4 単位目	従業者			生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)										
		非常勤(人)										
		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日		
	営業日											
	定員											
	営業時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝		～	
		備考										
サービス提供時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝		～		

5 単位目	従業者			生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)										
		非常勤(人)										
		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日		
	営業日											
	定員											
	営業時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝		～	
		備考										
サービス提供時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝		～		

指定元気向上通所サービスに係る変更届出事項(1単位目)

(注) 変更する項目の欄にのみ、変更後の内容を記入してください。

申請者及びその代表者	フリガナ											
	名 称											
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)										
		(ビルの名称等)										
	連 絡 先	電話番号					F A X 番号					
	代表者の職及び氏名	職名			フリガナ							
					氏名							
生年月日												
代表者の住所	(郵便番号 -)											
(ビルの名称等)												
事業所	フリガナ											
	名 称											
	所 在 地	(郵便番号 -)										
		福岡県										
	(ビルの名称等)											
	直通連絡先	電話番号					F A X 番号					
食堂及び機能訓練室の合計面積 m ²												
管理者	フリガナ				住 所	(郵便番号 -)						
	氏 名											
	生年月日				電話番号							
	当該元気向上通所サービス介護事業所内で兼務する他の職種 (兼務する場合のみ記入)											
	同一敷地内の他の事業所で兼務する職務 (兼務する場合のみ記入)			事業所等名称								
				職 種								
運営規程	利用定員	人				実施単位数		単位				
	利用料	法定代理受領分					法定代理受領分以外					
	その他費用											
	通常の事業	①	②	③	④	⑤						
	実施地域	備考										
	単位	従業者			介護職員		機能訓練指導員					
					専従	兼務	専従	兼務				
			常勤(人)									
			非常勤(人)									
			日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日	
		営業日										
		定員										
		営業時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝	～	
			備考									
		サービス提供時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝	～	

指定元気向上通所サービスに係る変更届出事項(2単位目以降)

(注1) 変更する項目の欄にのみ、変更後の内容を記入してください。

(注2) 2単位目以降該当がない場合には添付は不要です。

2 単位目	従業者			介護職員		機能訓練指導員					
				専従	兼務	専従	兼務				
		常勤(人)									
		非常勤(人)									
		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日	
	営業日										
	定員										
	営業時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝	～	
		備考									
サービス提供時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝	～		

3 単位目	従業者			介護職員		機能訓練指導員					
				専従	兼務	専従	兼務				
		常勤(人)									
		非常勤(人)									
		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日	
	営業日										
	定員										
	営業時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝	～	
		備考									
サービス提供時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝	～		

4 単位目	従業者			介護職員		機能訓練指導員					
				専従	兼務	専従	兼務				
		常勤(人)									
		非常勤(人)									
		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日	
	営業日										
	定員										
	営業時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝	～	
		備考									
サービス提供時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝	～		

5 単位目	従業者			介護職員		機能訓練指導員					
				専従	兼務	専従	兼務				
		常勤(人)									
		非常勤(人)									
		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日	
	営業日										
	定員										
	営業時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝	～	
		備考									
サービス提供時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝	～		

指定短期集中通所サービスに係る変更届出事項(1単位目)

(注)変更する項目の欄にのみ、変更後の内容を記入してください。

申請者及びその代表者	フリガナ											
	名 称											
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 -)									
			(ビルの名称等)									
	連 絡 先		電話番号						F A X 番号			
	代表者の職及び氏名		職名				フリガナ					
							氏名					
生年月日												
代表者の住所		(郵便番号 -)										
		(ビルの名称等)										

事業所	フリガナ												
	名 称												
	所 在 地		(郵便番号 -)										
			福岡県										
			(ビルの名称等)										
直通連絡先		電話番号						F A X 番号					
		食堂及び機能訓練室の合計面積								m ²			

管理者	フリガナ				住 所	(郵便番号 -)								
	氏 名													
	生年月日				電話番号									
	当該短期集中通所サービス介護事業所内で兼務する他の職種 (兼務する場合のみ記入)													
	同一敷地内の他の事業所で兼務する職務 (兼務する場合のみ記入)				事業所等名称									
					職 種									

運営規程	利用定員		人				実施単位数		単位								
	利用料		法定代理受領分						法定代理受領分以外								
	その他費用																
	通常の事業実施地域		①		②		③		④		⑤						
			備考														
	単位	従業者			計画職員		指導職員		計画職員	氏名							
					専従		兼務			専従		兼務		職種			
			常勤(人)											氏名			
			非常勤(人)											職種			
			日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日						
		営業日															
		定員															
		営業時間	平日		～			土曜		～			日曜・祝		～		
	備考																
サービス提供時間	平日		～			土曜		～			日曜・祝		～				

指定短期集中通所サービスに係る変更届出事項(2単位目以降)

(注1) 変更する項目の欄にのみ、変更後の内容を記入してください。

(注2) 2 単位目以降該当がない場合には添付は不要です。

2 単位目	従業者			計画職員		指導職員		計画職員	氏名			
				専従	兼務	専従	兼務		職種			
		常勤(人)							氏名			
		非常勤(人)							職種			
		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日		
	営業日											
	定員											
	営業時間	平日	～			土曜		～			日曜・祝	～
		備考										
	サービス提供時間	平日	～			土曜		～			日曜・祝	～

3 単位目	従業者			計画職員		指導職員		計画職員	氏名			
				専従	兼務	専従	兼務		職種			
		常勤(人)							氏名			
		非常勤(人)							職種			
		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日		
	営業日											
	定員											
	営業時間	平日	～			土曜		～			日曜・祝	～
		備考										
	サービス提供時間	平日	～			土曜		～			日曜・祝	～

4 単位目	従業者			計画職員		指導職員		計画職員	氏名			
				専従	兼務	専従	兼務		職種			
		常勤(人)							氏名			
		非常勤(人)							職種			
		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日		
	営業日											
	定員											
	営業時間	平日	～			土曜		～			日曜・祝	～
		備考										
	サービス提供時間	平日	～			土曜		～			日曜・祝	～

5 単位目	従業者			計画職員		指導職員		計画職員	氏名			
				専従	兼務	専従	兼務		職種			
		常勤(人)							氏名			
		非常勤(人)							職種			
		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日		
	営業日											
	定員											
	営業時間	平日	～			土曜		～			日曜・祝	～
		備考										
	サービス提供時間	平日	～			土曜		～			日曜・祝	～