

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(施設)		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・施設の名称	(変更前)											
2	事業所・施設の所在地												
3	申請者の名称												
4	主たる事務所の所在地												
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名												
6	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。)												
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等												
8	事業所・施設の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	(変更後)											
9	運営規程(利用定員、営業日 等)												
10	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関												
11	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との 連携・支援体制												
12	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項												
13	役員の氏名、生年月日及び住所												
14	本体施設、本体施設との移動経路等												
15	併設施設の状況等												
16	計画作成担当者(介護支援専門員)												
17	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（密着型全サービス共通）

サービスの種類：

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2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) (1)または(2) ※地域密着型通所介護のみ必要です。	<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)または(2) 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 <input type="checkbox"/> 事業所名を記入しているか
具体的な変更項目	添付書類	チェック項目
1 事業所・施設の名称	<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・施設の所在地	<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) <input type="checkbox"/> 建築検査済証の写し <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済証の写し <input type="checkbox"/> 土地・建物の使用権限を証する書類 <input type="checkbox"/> 周辺が分かる案内図	<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。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ある） <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"/> 当該事業で使用する備品の配置、レイアウトが平面図等に記載されているか <input type="checkbox"/> 定款、登記等については、変更の必要はないか <input type="checkbox"/> 住居表示の変更の場合は、添付書類は不要である
3 申請者（法人）の名称	<input type="checkbox"/> 定款・寄付行為等の写し <input type="checkbox"/> 登記事項証明書等（原本）	<input type="checkbox"/> 定款、登記簿謄本は適切に変更されているか
4 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
5 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	<input type="checkbox"/> 代表者経歴書 <input type="checkbox"/> 定款の写し <input type="checkbox"/> 登記簿謄本 <input type="checkbox"/> 認知症介護サービス等開設者研修終了証明書の写し（GHと小規模多機能型、複合型サービスのみ）	<input type="checkbox"/> 参考様式の経歴書を用いて記入すること <input type="checkbox"/> 研修未受講の場合は、直近の研修を受講する旨の確約書を提出すること <input type="checkbox"/> 定款、登記簿謄本は適切に変更されているか
6 定款・寄附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。）	<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
7 事業所・施設の建物の構造、専用区画等	<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)	<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。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ある。） <input type="checkbox"/> 当該事業で使用する備品の配置、レイアウトが平面図等に記載されているか <input type="checkbox"/> 面積が求められる設備について、内法での求積がなされているか（求積表(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"/> 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

具体的な変更項目		添 付 書 類	チェック項目
8	事業所・施設の管理者の氏名、生年月日住所及び経歴	<div><input type="checkbox"/> 管理者の経歴書</div> <div><input type="checkbox"/> 欠格事由誓約書</div> <div><input type="checkbox"/> 暴力団排除の誓約書</div> <div><input type="checkbox"/> 研修が必要なサービスに関しては、研修修了証の写し</div> <div><input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表</div> <div><input type="checkbox"/> 組織体制図</div> <div>(他事業所との兼務がある場合のみ)</div>	<div><input type="checkbox"/> 参考様式の経歴書を用いて記入すること</div> <div><input type="checkbox"/> 誓約書は正しく記入されているか</div> <div><input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修及び認知症対応型サービス等管理者研修双方の修了証をつけること</div> <div><input type="checkbox"/> 研修未受講の場合は、直近の研修を受講する旨の確約書を提出すること</div> <div><input type="checkbox"/> 変更前、変更後の勤務形態一覧表を添付すること</div>
9	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"/> 勤務形態一覧表</div> <div><input type="checkbox"/> 運営規程</div> <div><input type="checkbox"/> 資格証の写し</div> <div>(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>
	② 実施単位数、利用定員の増減	<div><input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表</div> <div><input type="checkbox"/> 資格証の写し</div> <div>(変更があった従業者分のみ)</div> <div><input type="checkbox"/> 運営規程</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>
	③ 通常事業の実施地域	<div><input type="checkbox"/> 運営規程</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>
10	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関	<div><input type="checkbox"/> 協力医療機関・協力歯科医療機関との契約書写し</div>	<div><input type="checkbox"/> 契約内容は適切か、緊急時等において円滑な協力が得られるよう取り決めがあるか</div>
11	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制	<div><input type="checkbox"/> 契約書等の写し</div> <div><input type="checkbox"/> 連携・支援の内容を記載した書類（自己で作成）</div>	
12	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項	<div>※ 加算に関する届出は、変更届ではなく、別の加算届を提出してください。</div>	<div><input type="checkbox"/> 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書・変更届出書（加算届）は、加算を新しく算定する場合だけでなく、加算を算定しなくなる場合にも提出すること</div>
13	役員の氏名、生年月日及び住所	<div><input type="checkbox"/> 定款または登記簿謄本</div> <div><input type="checkbox"/> 欠格事由誓約書（新役員分）</div> <div><input type="checkbox"/> 暴力団排除の誓約書（新役員分）</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についても辞任日などが記載されているか</div> <div><input type="checkbox"/> 申請者（法人）の印鑑は押しているか</div> <div><input type="checkbox"/> 役員ごとの押印をしているか</div>
14	本体施設、本体施設との移動経路等	<div><input type="checkbox"/> 本体施設の運営規程</div> <div><input type="checkbox"/> 位置関係のわかる地図</div>	<div><input type="checkbox"/> 移動経路、方法、移動に要する時間が記載されているか</div>
15	併設施設の状況等	<div><input type="checkbox"/> 併設施設の運営規程</div> <div><input type="checkbox"/> 併設施設の概要</div>	
16	計画作成担当者（介護支援専門員）	<div><input type="checkbox"/> 計画作成担当者経歴書</div> <div><input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表</div> <div><input type="checkbox"/> 介護支援専門員一覧表</div> <div><input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の写し</div> <div><input type="checkbox"/> 研修が必要なサービスに関しては、研修修了証の写し</div>	<div><input type="checkbox"/> 参考様式の経歴書に、これまでの経歴が書かれているか</div> <div><input type="checkbox"/> 介護支援専門員一覧表には辞任する者についても記載されているか</div> <div><input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の有効期限を確認したか</div> <div><input type="checkbox"/> グループホームにおいては実践者研修、小規模多機能型居宅介護や複合型サービスの場合は実践者研修に加えて小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修も受講が必要である</div> <div><input type="checkbox"/> 研修未受講の場合は、直近の研修を受講する旨の確約書を提出すること</div>
17	その他（ ）		<div><input type="checkbox"/> 変更内容が分かる書類を添付すること</div>

注 管理者、計画作成担当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。

(入力用) (1)

指定地域密着型通所介護・介護予防通所介護事業に係る変更届出事項

(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							
	当該地域密着型通所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				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		～			

指定地域密着型通所介護・介護予防通所介護事業に係る変更届出事項

(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		～		