

変更届出書

年 月 日

久留米市長 あて

所在地

事業(開設)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	事業(開設)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	備品 (訪問入浴介護事業及び介護予防訪問介護入浴事業に限る。)											
8	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所											
9	サービス提供責任者の氏名及び住所											
10	運営規程(利用定員、営業日等)											
11	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関	(変更後)										
12	事業所の種別											
13	提供する居宅療養管理指導の種類											
14	事業実施形態 (単独型、本体施設が特別養護老人ホームの場合の空床利用 型・併用型の別)											
15	入院患者又は入所者の定員											
16	福祉用具の保管及び消毒方法 (委託している場合にあっては、委託先の状況)											
17	併設施設の状況等											
18	役員の氏名、生年月日及び住所											
19	介護支援専門員の氏名及びその登録番号											
20	その他()											
変更年月日		年 月 日										
備考		記入 担当者	氏名									
			電話		Fax.							

- 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。

変更届出書チェック表（短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業）

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3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)	<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 （単独型の場合は、本体施設の欄は記入不要） ※変更届出事項(入力用)(1)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"/> 本体施設の変更届出書	<input type="checkbox"/> 本体施設の変更届出書も合わせて提出しているか （単独型の場合は不要）
	<input type="checkbox"/> 業務管理体制に係る届出書 <small>※法令遵守責任者等の届出のことです ※法人内のすべての事業所が久留米市内に所在する場合は久留米市あて、法人内の事業所が3以上の地方厚生局の管轄区域に所在する場合は厚生労働省あて、それ以外の場合は福岡県あてとなりますので、ご注意ください。</small>	<input type="checkbox"/> 届出事項（法人の名称及び所在地、代表者、事業所の名称及び所在地、法令遵守責任者など）に変更はないか。 （変更のある場合、「7-6. 介護サービス事業者の業務管理体制の届出書等」を確認し、変更届を提出すること）
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） <input type="checkbox"/> 事業所(施設)の部屋別施設一覧表 <input type="checkbox"/> 事業所(施設)の設備等に係る一覧表 <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 （消防用設備等設置証明書でもよい） <input type="checkbox"/> 土地・建物の使用権限を証する書類 <small>※住所表示変更の場合、添付書類は不要です</small>	<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 （補助金がある場合、施設整備の部署と協議されているか） <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・面積及び居室の定員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 <input type="checkbox"/> 事業所(施設)部屋別施設一覧表・設備等に係る一覧表が適切に記載されているか、平面図と整合しているか <input type="checkbox"/> 居室や共同生活室、食堂及び機能訓練室は内法での救積がなされているか <input type="checkbox"/> 廊下幅は有効幅で記載されているか <input type="checkbox"/> 建物は耐火建築物か（2階以上の階に利用者が直接利用する設備がない場合は、準耐火も可） <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 <input type="checkbox"/> 消防用設備設置証明書の場合は「設置済み」となっているか
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> （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 </div>		
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 <input type="checkbox"/> 業務管理体制に係る変更届出書（様式第11号）も同時に提出しているか（届出のない場合は県に要提出）
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 <input type="checkbox"/> 業務管理体制の届出における法令遵守責任者等の変更はないか （変更のある場合、様式第11号を県に提出すること）
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

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	<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"/> 事業所(施設)の部屋別施設一覧表 <input type="checkbox"/> 事業所(施設)の設備等に係る一覧表 <div data-bbox="359 784 762 884" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>(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</p> </div>	<input type="checkbox"/> 事前協議がなされているか (補助金がある場合、施設整備の部署と協議されているか) <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・面積及び居室の定員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 <input type="checkbox"/> 事業所(施設)部屋別施設一覧表・設備等に係る一覧表が適切に記載されているか、平面図と整合しているか <input type="checkbox"/> 居室や共同生活室、食堂及び機能訓練室は内法での救積がなされているか <input type="checkbox"/> 廊下幅は有効幅で記載されているか <input type="checkbox"/> 建物は耐火建築物か(2階以上の階に利用者が直接利用する設備がない場合は、準耐火も可) <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"/> 現在での設備基準が満たされているか (変更箇所については、法施行以前の施設に関する例外措置は適用されない)
8 事業所の管理者の氏名及び住所	<input type="checkbox"/> 管理者の経歴書 <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"/> 管理者の経歴書は添付されているか <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 <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 <input type="checkbox"/> 業務管理体制の届出における法令遵守責任者等の変更はないか (変更のある場合、様式第11号を県に提出すること)
10 運営規程	① その他の事項 <input type="checkbox"/> 運営規程	<input type="checkbox"/> 変更後の運営規程は添付されているか <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
12 事業所の種別		<input type="checkbox"/> 療養所の病床の種別(一般・療養)が変わったときに提出
18 法人役員	<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"/> 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 <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

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。

(入力用)(1)

短期入所療養介護事業所・介護予防短期入所療養介護事業所の 変更届出事項

事業所種別 (該当欄に○を記入)	① 介護老人保健施設										
	② 指定介護療養型医療施設										
	③ 療養病床を有する病院・診療所										
	④ 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院										
	⑤ 一般病床を有する診療所										
入院患者または利用者の定員			人 (指定介護療養型医療施設の部分を再掲)						人		
入院患者の数(上記④⑤に該当の場合記入)			人								
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)						
	氏名										
	生年月日										
従業者	(④⑤の場合記入)	担当医師	看護職員		介護職員		作業療法士		精神保健福祉士等		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)									
		非常勤(人)									
		常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)											
適合の可否											
設備基準上の記載項目					基準上の必要数値				適合の可否		
	④	老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積			m ²		m ² 以上				
		病室	1病室の最大病床数			床		床以下			
			入院患者1人あたり床面積			m ²		m ² 以上			
		廊下	片廊下の幅			m		m以上			
			中廊下の幅			m		m以上			
		生活機能回復訓練室面積			m ²		m ² 以上				
		デイルームと面会室の合計面積			m ²		m ² 以上				
	入院患者1人あたり食堂面積			m ²		m ² 以上					
	⑤	建物の構造概要									
病室の入院患者1人あたり床面積			m ²		m ² 以上						
揭示事項	利用料	法定代理受領分									
		法定代理受領分以外									
	その他の費用										
	通常の送迎の 実施地域	①	②	③	④	⑤					
添付書類		別添のとおり									

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
 3 「入院患者又は入所者の定員」欄は、短期入所療養型介護に供する病棟に係る員数を記入してください。