

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（訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業）

事業所名：

	提出書類	チェック項目
共通事項	☐ 変更届出書（第3号様式） ☐ 変更届出事項(入力用) (1) ☐ 変更届出書チェック表（本表） ☐ 業務管理体制に係る届出書 ※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。	☐ 提出年月日は記載されているか ☐ 届出書は法人名で記入されているか ☐ 代表者名は記載されているか ☐ 法人印が押印されているか ☐ 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 ☐ サービス種類は正しいか ☐ 変更項目に○はつけられているか ☐ 変更前後の内容が正しく記載されているか ☐ 変更年月日が記載されているか ☐ 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)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。 ☐ 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 ☐ 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	☐ 運営規程	☐ 運営規程の事業所名は変更されているか ☐ 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	☐ 運営規程 ☐ 事業所の平面図 ☐ 事業所の写真 （A4サイズの台紙に貼付すること） ☐ 土地・建物の使用権限を証する書類 ※住所表示の変更の場合、添付書類は不要です	☐ 住所表示変更の場合を除き、事前協議がなされているか ☐ 運営規程の事業所の所在地は変更されているか ☐ 平面図には、事業所内部のレイアウト（机の配置等）が記載されているか ☐ 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） ☐ 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 ☐ 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 ☐ 定款、登記等については、変更の必要はないか ☐ 介護老人保健施設の変更届を合わせて提出しているか （介護老人保健施設所管部署とあらかじめ協議しているか）
	（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	
3 主たる事務所の所在地	☐ 定款の写し ☐ 登記簿謄本	☐ 定款、登記簿謄本は適切に変更されているか ☐ 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	☐ 登記簿謄本 ☐ 誓約書 （欠格及び暴力団排除に係る2つの誓約書が必要）	☐ 定款、登記簿謄本は適切に変更されているか ☐ 介護老人保健施設の変更届を合わせて提出しているか ☐ 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 ☐ 暴力団排除の誓約書が添付されているか ☐ 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	☐ 定款 ☐ 登記簿謄本	☐ 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		☐ 事業所の平面図 ☐ 事業所の写真 (A4サイズの台紙に貼付すること)	☐ 事前協議がなされているか ☐ 平面図には、事業所内部のレイアウト(机の配置等)が記載されているか ☐ 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) ☐ 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 ☐ 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 ☐ 介護老人保健施設の変更届を合わせて提出しているか (介護老人保健施設所管部署とあらかじめ協議しているか)
		(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	
8 事業所の管理者の氏名及び住所		☐ 管理者の経歴書 ☐ 誓約書 (欠格及び暴力団排除に係る2つの誓約書が必要)	☐ 管理者の経歴書は添付されているか ☐ (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 ☐ 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 ☐ 暴力団排除の誓約書が添付されているか ☐ 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 営業日、営業時間、年間の休日 ② 通常事業の実施地域 ③ 利用料 ④ その他の事項	☐ 運営規程	☐ 変更後の運営規程は添付されているか ☐ 運営規程に変更後の内容が正しく記載されているか
18 法人役員		☐ 誓約書 (欠格及び暴力団排除に係る2つの誓約書が必要)	☐ 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 ☐ 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 ☐ 暴力団排除の誓約書が添付されているか

注1 管理者以外の訪問リハ従業者の増減、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。

注2 設備の変更については、必ず、介護老人保健施設を所管している部所(県高齢者福祉課)と協議した上で行ってください。

注3 事業所の種別(病院・診療所、介護老人保健施設の別)が変更されることは想定されていません。

(入力用) (1)

指定訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション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							
病院、診療所、介護老人保健施設の別														
管理者	フリガナ					住 所	(郵便番号 -)							
	氏 名													
	生年月日					電話番号								
運営規程	従業者			理学・作業療法士										
				専従 兼務										
		常勤(人)												
		非常勤(人)												
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日				
	営業時間	平日	～			土曜	～			日曜・祝	～			
		備考												
	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												
通常の事業	①	②		③		④		⑤						
実施地域	備考													