

変更の届出が必要な事項一覧

| No. | 変更の届出が必要な事項                                  | サービスの種類(予防含む) |      |      |      |      |      |      |        |        |      |        |        |        |        |        | 総合事業(※12) |              |
|-----|--|---------------|------|------|------|------|------|------|--------|--------|------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|--------------|
|     |  | 訪問介護          | 訪問入浴 | 訪問看護 | 訪問リハ | 居宅療養 | 通所介護 | 通所リハ | 短期入所生活 | 短期入所療養 | 特定施設 | 福祉用具貸与 | 福祉用具販売 | 老人福祉施設 | 老人保健施設 | 介護医療院  | 総訪問・生活援助  | 総通所・運動型・サロン型 |
| 1   | 事業所の名称、所在地                                   | ○             | ○    | ○    | ○    | ○    | ○    | ○    | ○      | ○      | ○    | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○         | ○            |
| 2   | 申請者(法人)の名称、所在地及び法人等の種類                       | ○             | ○    | ○    | ○    | ○    | ○    | ○    | ○      | ○      | ○    | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○         | ○            |
| 3   | 法人代表者(氏名、生年月日、住所及び職名)※9                      | ○             | ○    | ○    | ○    | ○    | ○    | ○    | ○      | ○      | ○    | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○         | ○            |
| 4   | 登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る)※10                | ○             | ○    | ○    | ○    | ○    | ○    | ○    | ○      | ○      | ○    | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○         | ○            |
| 5   | 事業所の種別・事業実施形態(短期入所生活介護)                      |               |      | ○※1  | ○※2  |      |      | ○※3  | ○※4    | ○※5    |      |        |        |        |        |        |           |              |
| 6   | 提供する居宅療養管理指導の種類                              |               |      |      |      | ○    |      |      |        |        |      |        |        |        |        |        |           |              |
| 7   | 利用者、入所者又は入院患者の定員                             |               |      |      |      |      |      | ○※6  | ○      | ※8     |      |        |        |        | 一部※13  | 一部※13  |           |              |
| 8   | 事業所(建物)の平面図(構造及び専用区画等)                       | ○             | ○    | ○    | ○    | ○    | ○    | ○    | ○      | ○      | ○    | ○      | ○      | ○      | ※13    | ※13    | ○         | ○            |
| 9   | 事業所の設備の概要                                    |               | ○    |      |      |      | ○    | ○    | ○      | ○      | ○    | ○      | ○      |        |        |        |           | ○            |
| 10  | 事業所の備品の概要                                    |               | ○    |      |      |      |      |      |        |        |      |        |        |        |        |        |           |              |
| 11  | 利用者の推定数                                      | ○             | ○    | ○    | ○    | ○    |      |      |        |        |      | ○      | ○      |        |        |        |           |              |
| 12  | 管理者(氏名、生年月日及び住所)                             | ○             | ○    | ○    | ○    | ○    | ○    | ○    | ○      | ○      | ○    | ○      | ○      | ○      | ○※7    | ○※7    | ○         | ○            |
| 13  | サービス提供責任者又は訪問事業責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴            | ○             |      |      |      |      |      |      |        |        |      |        |        |        |        |        | ○         |              |
| 14  | 運営規程   | ○             | ○    | ○    | ○    | ○    | ○    | ○    | ○      | ○※8    | ○    | ○      | ○      | ○      | ○一部※13 | ○一部※13 | ○         | ○            |
| 15  | 協力医療(歯科医療)機関名称、診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容        |               | ○    |      |      |      |      | ○    |        | ○      |      |        | ○      | ○一部※13 | ○一部※13 |        |           |              |
| 16  | 福祉用具の保管及び消毒の方法(委託している場合にあっては、委託先の状況)         |               |      |      |      |      |      |      |        |        | ○    |        |        |        |        |        |           |              |
| 17  | 併設する施設の概要                                    |               |      |      |      |      |      |      |        |        |      |        |        | ○      | ○      | ○      |           |              |
| 18  | 受託居宅サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地 |               |      |      |      |      |      |      |        | ○      |      |        |        |        |        |        |           |              |
| 19  | 介護支援専門員(氏名及び登録番号)                            |               |      |      |      |      |      |      |        | ○      |      |        | ○      | ○      | ○      |        |           |              |
| 20  | 診療用エックス線装置の設置に関する事項※11                       |               |      |      |      |      |      |      |        |        |      |        |        |        | ○      |        |           |              |

※1 訪問看護事業所の場合 病院若しくは診療所又はその他の訪問看護事業所のいずれかの別

※2 訪問リハビリテーション事業所の場合 病院若しくは診療所又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の別

※3 通所リハビリテーション事業所の場合 病院又は診療所若しくは介護老人保健施設又は介護医療院の別

※4 短期入所生活介護事業所の場合 特別養護老人ホームの空床利用型又は特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設入所者生活介護若しくは地域密着型特定施設入所者生活介護の併設事業所の別

※5 短期入所療養介護事業所の場合 介護老人保健施設、介護医療院若しくは療養病床を有する病院又は診療所の別

※6 短期入所生活介護は、特養の空床利用型で当該特養の入所者定員変更の場合のみ

※7 介護老人保健施設、介護医療院の場合は、変更届を提出する前に管理者の変更承認を受けること。

※8 指定特定施設入居者生活介護の場合 利用定員を増加する場合は変更届を提出する前に指定特定施設入居者生活介護指定変更申請書(別紙様式第一号(三))を提出すること。

※9 法人以外の者の開設する病院、診療所又は薬局であるときは開設者の氏名及び住所

※10 法人以外の者の開設する病院、診療所又は薬局である場合は不要

※11 診療用エックス線装置を廃止した場合のみ

※12 介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、第一号事業指定事業者変更届(別紙様式第三号(一))にて申請すること

※13 介護老人保健施設・介護医療院開設許可事項変更申請書(別紙様式第一号(九))により許可を受けること。