

【変更届出必要書類一覧】(地域密着型サービス、居宅介護支援)

変更事項	変更の届出が必要となる場合	変更届出様式(共通)	添付資料	サービスの種類														
				訪問巡回・随時対応型	夜間対応型訪問介護	地域密着型通所介護	認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護	入居者生活介護	地域密着型特定施設	福祉施設入所者老人介護	看護小規模多機能型居宅介護	居宅介護支援				
1 事業所・施設の名称	・事業所(施設)の名前を変更した場合	変更届出書 (別記様式第2号) (第3条関係)	①付表 ②運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
2 事業所・施設の所在地	・事業所(施設)の住所が変更になった場合 ・事業所(施設)を移転した場合		①付表 ②運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
3 申請者の名称	・法人の名前を変更した場合		①登記事項証明書 ②運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
4 主たる事務所の所在地	・法人の住所を変更した場合 ・法人の事務所を移転した場合		①登記事項証明書 ②運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
5 代表者の氏名、住所及び職名	・法人の代表者を変更した場合 ・法人の代表者の氏名、住所が変更になった場合 ・グループホーム及び小規模多機能型居宅介護の事業の代表者を変更した場合 ・グループホーム及び小規模多機能型居宅介護の事業の代表者を変更した場合		①登記事項証明書 ②誓約書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
			③変更後の代表者の経歴書						○	○					○			
6 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。)	・定款等の記載内容(当該事業に関するもの)を変更した場合		④認知症対応型サービス事業開設者研修修了証の写し							○	○					○		
			登記事項証明書・条例等	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
7 事業所・施設の建物の構造、専用区画等	・事業所(施設)の平面図や構造等を変更した場合 ・事業所(施設)を増築した場合 ・事業所(施設)が移転した場合など		①変更後の事業所(施設)の平面図(各室の用途を明記) ②設備・備品に係る一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
			①付表	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
8 事業所・施設の管理者の氏名及び住所	・事業所(施設)の管理者を変更した場合 ・事業所(施設)の管理者の氏名又は住所が変更になった場合(①のみ提出)		②勤務体制及び勤務形態一覧	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
			③変更後の管理者の経歴書						○	○				※1	○	※2		
			④誓約書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			⑤認知症対応型サービス事業管理者研修修了証の写し							○	○					○		
9 運営規程	・事業所(施設)の運営規程の内容を変更した場合	①変更後の運営規程(変更箇所を下線や色付け、新旧対照表等により明記のこと) ②勤務体制及び勤務形態一覧(利用者の定員数に増減があった場合)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
10 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関	・協力医療機関(協力病院、協力歯科医療機関)を変更した場合 ・協力医療機関に変更はないが、その名称・診療科名・契約内容が変更になった場合	①付表 ②変更後の協力医療機関(協力病院、協力歯科医療機関)との契約書の写し							○	○	○	○	○	○	○			
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	・連携又は支援体制を変更した場合	変更後の施設及び病院等との契約書の写し								○	○			○				
12 本体施設、本体施設との移動経路等	・本体施設との移動経路、方法及び移動時間が変更になった場合	①付表 ②変更した概要等がわかる書類											○					
13 併設施設の状況等	・併設する施設の概要が変更になった場合	①付表 ②変更した概要等がわかる書類												○				
14 介護支援専門員の氏名及びその登録番号	・介護支援専門員として業務に従事する者に変更や増減があった場合(減の場合は、①のみ提出) ・介護支援専門員として業務に従事する者の氏名に変更があった場合	①介護支援専門員一覧							○	○	○	○	○	○	○	○		
		②介護支援専門員証の写し								○	○	○	○	○	○	○		
		③認知症実践者研修修了証の写し									○							
		④小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修修了証の写し										○				○		

※1 施設長については施設長の資格要件を確認し、要件を満たしている者を配置してください。

※2 居宅介護支援事業所の管理者については、主任介護支援専門員の資格証を添付してください。

(提出先・問い合わせ先)

北見市保健福祉部介護福祉課指導係(電話:0157-25-1144)までお願いします。

(注) 届出期限は変更があった時から10日以内です。(やむなく届出が遅れる場合は、事前に連絡してください)