

変更時に必要な提出書類一覧【地域密着型サービス】 ※変更後、10日以内に提出してください。原則、郵送・電子メール等による提出とします。

	項 目	変更届出書	付表	登記事項証明 書、条例等の写 し	勤務形態一覧表	経歴書、資格 証・研修修了書 等の写し	事業所平面図	設備等一覧表	運営規程	誓約書	当該事業所に勤 務する介護支援 専門員一覧	その他、変更の 内容が確認でき る書類
		書類様式	別紙様式 第二号（四）	付表第二号（一 ～十）	—	標準様式1	標準様式2	標準様式3	標準様式4	—	標準様式6	標準様式7
1	事業所（施設）の名称	○	○						△			
2	事業所（施設）の所在地	○	○						△			
3	申請者の名称	○		○						○		
4	法人等の種類	○		○						○		
5	主たる事務所の所在地	○		○						○		
6	代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所	○		○						○※8		
7	登記事項証明書・条例等 （当該事業に関するものに限る。）	○		○								
8	共生型サービスの該当有無 ※1	○	○									
9	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等	○	△				○	△				
10	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所 ※2 ※変更に伴いメールアドレスが変更になった場合はお知らせください。	○	○		○	○※7						
11	運営規程【変更事項が以下の①～③の場合】①従業者の職種、員数及び職務の内容 ②営業日及び営業時間 ③利用（入所）定員	○	○		○	○			○			
	運営規程【変更事項が上記の①～③以外の場合】	○	△						○			
12	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関	○	○									○
13	事業所の種別等 ※3	○	○									
14	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 ※4	○										○
15	本体施設、本体施設との移動経路等 ※5	○	△									○
16	併設施設の状況等 ※5	○	△									○
17	連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地 ※6	○	○									
18	介護支援専門員の氏名及び登録番号	○			○						○	
上記の内容に関わらず、法人又は事業所の連絡先（電話、FAX、メールアドレス）が変更になった場合、加古川市地域福祉課までご連絡ください。												

備考 △：書類の内容に変更があった場合には提出が必要です。

※1：地域密着型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護のみ必要

※2：管理者が兼務する職種がある場合は、「管理者が当該事業所で兼務する他の職種、管理者が兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設の名称及び兼務する職種・勤務時間等」を変更届出書に明記すること。

※3：看護小規模多機能型居宅介護のみ必要

※4：認知症対応型共同生活介護、（看護）小規模多機能型居宅介護のみ必要

※5：地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のみ必要

※6：定期巡回・随時対応型訪問介護看護のみ必要

※7：認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、（看護）小規模多機能型居宅介護のみ必要

※8：代表者の姓、住所または職名のみ変更の場合、誓約書は不要

※必要に応じて適宜、書類を求めることがあります。

【提出先】

加古川市 福祉部 地域福祉課 施設指導係
〒675-8501 加古川市加古川町北在家2000番地
TEL:079-427-9391 FAX : 079-421-2063
mail:houjin@city.kakogawa.lg.jp