**認知症対応型通所介護事業・介護予防認知症対応型通所介護事業　提出書類一覧**

※該当項目にチェックをしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 提　出　書　類 | 備　　考 |
|  | 共通事項 | □　提出書類一覧 |  |
| □　変更届出書（別紙１） | 根拠法令：介護保険法 |
| □　変更届出事項(別紙２) | 根拠法令：介護保険法 |
| □　老人居宅生活支援事業変更届（別紙３） | 根拠法令：老人福祉法 |
| 番号 | 具体的な変更項目 | 添　付　書　類 | 備　考 |
| １ | 事業所の名称 | □　運営規程 |  |
| ２ | 事業所の所在地（電話番号・ファックス番号の変更を含む） | * 運営規程 * 事業所の平面図 * 建物の全体図 * 事業所の設備等に係る一覧表(★) * 事業所の写真(A4サイズの台紙に貼付し、設備の名称を記入すること) | (注)事業所の所在地を変更する場合は、市介護保険課地域密着型サービス係と必ず事前に協議してください。  (注)電話番号・ファックス番号の変更の場合、添付書類は不要です。 |
| ３ | 事業者の名称・主たる事務所の所在地 | * 登録事項証明書 |  |
| ４ | 代表者の氏名、住所及び職名 | * 登録事項証明書 * 介護保険法第７０条第２項各号等の規定に該当しない旨の誓約書(★) * 暴力団排除に係る誓約書(★) |  |
| ５ | 登録事項証明書又は条例等 | * 登録事項証明書 |  |
| ６ | 事業所の建物の構造、専用区画等 | * 事業所の平面図 * 事業所の設備等に係る一覧表(★) * 事業所の写真(A4サイズの台紙に貼付し、設備の名称を記入すること) | (注)事業所の設備(建物)を変更する場合は、平面図を作成後、市介護保険課地域密着型サービス係と必ず事前に協議してください。 |
| ８ | 事業所の管理者の氏名及び住所 | * 管理者の経歴書 * 認知症対応型サービス事業管理者研修等修了証書写し * 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(★) * 介護保険法第７０条第２項各号等の規定に該当しない旨の誓約書(★) * 暴力団排除に係る誓約書(★) |  |
| １０ | 運営規程 | * 運営規程 * 新旧対照表   《サービス提供時間の延長、営業日の追加、単位の追加の場合》  □　従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（複数単位がある場合はすべて）(★)  □　生活相談員、看護職員、機能訓練指導員等の資格証  □　事業所の平面図、写真(単位追加の場合) | (注) 通常の実施地域は市内に限ります。 |
| １５ | 入院患者又は入所者の定員  （定員増の場合） | □　事業所の平面図  【単独型・併設型の場合】  食堂及び機能訓練室の面積が記載されたもの  【共用型の場合】  食堂又は共同生活室の面積が記載されたもの  □　従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(★) | (注) 面積は内法かつ備え付け  の備品等（洗面、キッチン等）  を除いたもの |
|  | | | |

※★…様式を掲載している添付書類　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（別紙２）

**認知症対応型通所介護事業・介護予防認知症対応型通所介護事業に係る変更届出事項**

介護保険法

(注)変更する項目の欄のみ、ご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者及びその代表者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | | | | | | |
| 法人の種別 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 法人所官庁 | | | | |  | | | | | | | | |
| 法人代表者の職及び氏名 | | 職名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | |  | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | |  | | | | | | | | |
| 法人代表者の住所 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 直通連絡先 | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | | | | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積　　　　　　　　　　　　　　㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | | | | | | | | | | | 住　所 | | | | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | FAX番号 | | |  | |
| 当該認知症対応型通所介護事業所内で兼務する他の職種(兼務の場合に記入) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 同一の敷地内の他の事業所で兼務する職務  (兼務する場合のみ記入) | | | | | | | | | | | | | | | | 事業所等名称 | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 職種及び勤務時間 | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 運営規程 | 利用定員 | | 人 | | | | | | | | | | | | | | 実施単位数 | | | | | | 単位 | | | | | | | | | | | |
| 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  実施地域 | | ①　　　　　　　②　　　　　　　　③　　　　　　　　④　　　　　　　　　⑤ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位 | 従業者 |  | | | | 生活相談員 | | | | | | | | | 看護職員 | | | | | | | | 介護職員 | | | | | | | | 機能訓練指導員 | | |
| 専従 | | | | | | 兼務 | | | 専従 | | | 兼務 | | | | | 専従 | | | | 兼務 | | | | 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・祝 | | | | ～ | | | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※「事業所及びその代表者」の「事業所の代表者」欄については地域密着型サービス事業所担当の代表者に変更がある場合に記載してください。