**小規模多機能型居宅介護事業・介護予防小規模多機能型居宅介護事業　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 | 事業所の所在地等（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  （法人代表者、事業所代表者） | **【法人代表者の場合】**   * 法人代表者の経歴書(★) * 登録事項証明書 * 認知症介護サービス事業開設者研修等の修了証書写し * 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(★)   **【事業所代表者の場合】**   * 事業所代表者の経歴書(★) * 認知症介護サービス事業開設者研修等の修了証書写し * 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(★) | ・法人代表者…法人の代表者  ・事業所代表者…地域密着型サービス事業所担当の代表者  ※法人代表者及び事業所代表者が同一人物である場合は、【法人代表者の場合】の添付書類を提出してください。 |
| 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の写し  □　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 | (注) 通常の実施地域は市内に限ります。 |
| １１ | 協力医療機関（病院）・協力歯科  医療機関 | □　協力医療機関・協力歯科医療機関との契約書の写し |  |
| 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 | □　連携施設等との契約書、その他取決め事項等の写し |  |
| 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（併設等の場合該当箇所のみ）  ※居間及び食堂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 |
| １８ | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | □　小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修修了証書写し  □　介護支援専門員の経歴書(★)  □　従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(★)  □　介護支援専門員証（写真付き）の写し |  |

※★…様式を掲載している添付書類

(別紙２)

**小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護に係る変更届出事項**

(注) 変更する項目の欄のみ、ご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者(開設) 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | 法人所管庁 | | | | |  | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所及びその代表者 | 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 | | | | |  | | | | | | | | |
| 事業所代表者氏名 | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所代表者  の住所 | | | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | | | | | |
| 当該小規模多機能型居宅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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 職種及び勤務時間等 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | 介護支援専門員番号 | | | | |  | | | | | | |
| 氏名 | | | | |  | | | | | | | | |
| 通いサービスの利用者数（推定） | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | 介護従業者 | | | | | | | うち看護職員 | | | | | | | | | | 介護支援専門員 | | | | | | | | |
| 専従 | | | | 兼務 | | | 専従 | | | | | 兼務 | | | | | 専従 | | | | 兼務 | | | | |
| 常勤(人) | | | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |
| 非常勤(人) | | | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |
| 常勤換算後の人数(人) | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 居間及び食堂の合計面積 | | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個室以外の宿泊室の合計面積 | | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数 | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主な掲示事項 | 登録定員 | | | 人 | | | | | | 通いサービスの利用定員 | | | | | | 人 | | | | | 宿泊サービスの利用定員 | | | | | | | | 人 | | | |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連携施設の名称 | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 協力医療機関 | | | 名　称 | | | |  | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | | |  |  | |  | | |  |  | |
| 名　称 | | | |  | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | | |  |  | |  | | |  |  | |
| 名　称 | | | |  | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | | |  |  | |  | | |  |  | |

※「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。