**地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業　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 |
| 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。  (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 | | * 登記簿謄本 |  |
| ４ | 代表者の氏名、住所及び職名 | | * 法人代表者の経歴書(★) * 登録事項証明書 * 介護保険法第７０条第２項各号等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 | | □　登記簿謄本 |  |
| 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（施設長）の氏名及び住所 | | □　管理者（施設長）の経歴書(★)  □　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 |  |
| １８ | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | □　従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(★)  □　介護支援専門員経歴書(★)  □　介護支援専門員証（写真付き）の写し |  |
| １９ | そ  の  他 | ・（本体施設がある場合）本体施設の概要 | * 本体施設のパンフレット * 本体施設の運営規程 | (注)変更の内容により、その他必要な書類を求める場合があります。 |
| ・（本体施設がある場合）施設と本体施設との間の移動の経路、方法、移動に要する時間 | □　施設と本体施設の位置関係のわかる地図（移動経路、方法、移動に要する時間を記入） |
| ・（併設する施設がある場合）併設する施設の概要 | * 併設施設のパンフレット   □　併設施設の運営規程 |

※★…様式を掲載している添付書類

介護保険法

（別紙２）

**地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業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 | 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 | | | | |  | | | | | | | | |
| 管理者（施設長） | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | |  | | | | | | | | | | 住　所 | | | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | | |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | |  | | | | | | | | | | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | |
| 当該地域密着型介護老人福祉施設入所者生活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 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 本体施設の有無 | | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | | | | | | | | 短期入所生活介護の実施の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 | | | | |
| 併設事業所の有無 | | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | | | | | | | | 短期入所生活介護事業の実施形態(該当に○) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （併設事業所有の場合）名称 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 空床型　　・　併設型 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （併設事業所有の場合）定員 | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 共同生活住居数 | | | | 戸 | | | | | | | 利用者数 | | | | | 人 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活共同住居① |  | | | | | 医師 | | | | | | | | | | | 生活相談員 | | | | | | | | | | | | | | | | 介護職員 | | | | | | | | 看護職員 | | |
| 専従 | | | | | ※兼務 | | | | | | 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) | | | | | － | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | 栄養士 | | | | | | | | | | | 機能訓練指導員 | | | | | | | | | | | | | | | | 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） | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| 栄養士を配置しない場合の措置 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員氏名及び登録番号 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活共同住居② |  | | | | | 医師 | | | | | | | | | | | 生活相談員 | | | | | | | | | | | | | | | | 介護職員 | | | | | | | | 看護職員 | | |
| 専従 | | | | | ※兼務 | | | | | | 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) | | | | | － | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | 栄養士 | | | | | | | | | | | 機能訓練指導員 | | | | | | | | | | | | | | | | 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） | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| 栄養士を配置しない場合の措置 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員氏名及び登録番号 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活共同住居③ |  | | | | | 医師 | | | | | | | | | | | 生活相談員 | | | | | | | | | | | | | | | | 介護職員 | | | | | | | | 看護職員 | | |
| 専従 | | | | | ※兼務 | | | | | | 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) | | | | | － | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | 栄養士 | | | | | | | | | | | 機能訓練指導員 | | | | | | | | | | | | | | | | 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） | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| 栄養士を配置しない場合の措置 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員氏名及び登録番号 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | 居室 | 一室の最大定員 | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | 短期入所生活介護 | | | | | | 居室 | | 一室の最大定員 | | | | | | | | | | | | | | 人 | |
| 入所者一人あたりの最小面積 | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | 入所者一人あたりの最小面積 | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | |
| 食堂と機能訓練室合計面積 | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | 食堂と機能訓練室合計面積 | | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | |
| 廊下 | 片廊下の幅 | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | 廊下 | | 片廊下の幅 | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | |
| 中廊下の幅 | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | 中廊下の幅 | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | |
| 主な掲示事項 | 居室数 | | | | | | | | 戸 | | | | | | | | | | 主な掲示事項 | | 居室数 | | | | | | | | | | | | 戸 | | | |
| 利用定員 | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | 利用定員 | | | | | | | | | | | | 人 | | | |
| 利用料 | 法定代理受領分 | | | | | | |  | | | | | | | | | | 利用料 | | | | 法定代理受領分 | | | | | | | |  | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | |  | | | | | | | | | | 法定代理受領分以外 | | | | | | | |  | | | |
| その他の費用 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | その他の費用 | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 建物の面積  　㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

１　「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。

２　当該指定介護福祉施設サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定介護福祉施設サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

３　老人福祉法上の変更届は高齢者福祉課の担当になります。