

変更届出時に必要な添付書類一覧((介護予防)地域密着型サービス、居宅介護支援、介護予防支援)

「△」:提出している事項に変更がない場合は省略可能です。

芦屋市 R8.1.1

変更内容	変更届出書	付表	勤務形態一覧表 (変更月のもの)	資格証・ 研修修了証 (※該当者のみ)	経歴書	登記事項証明書 又は条例等	運営規程	平面図 写真	設備・備品等 一覧表	誓約書	介護支援専門 員一覧
	様式の有無	様式第二号(四)	各付表	標準様式1	標準様式2			標準様式3	標準様式4	【芦屋市】 標準様式6-1	標準様式7
事業所(施設)の名称	○	○					○				
事業所(施設)の所在地 ※要事前協議	○	○					○	○	△※居宅介護支援、介 護予防支援を除く		
申請者の名称	○					○				○	
主たる事務所の所在地	○					○				○	
代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所	○			○		○				○※姓・住所・職名のみ 変更の場合は不要	
登記事項証明書又は条例等(当該事業にかかるとのみに限る)	○					○					
共生型サービスの該当有無	○										
事業所(施設)の建物構造、専用区画等 ※要事前協議	○	△						○	△※居宅介護支援、介 護予防支援を除く		
事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 【夜間対応型訪問介護・地域密着型特定施設入居者生活介護・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・定期巡回型・随時対応型訪問介護看護・地域密着型 通所介護】	○	○	○				△				
事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 【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・ 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)・居宅介護支援・介護予防支援】	○	○	○	△	○		△				
運営規程	従業者(職員)の職種、員数及び職務の内容	○	○	○	△		○				
	営業日及び営業時間	○	○	○	△		○				
	利用定員/入居定員及び居室数/入所定員	○	○	○	△		○				
	上記以外	○	○				○				
協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関	○	○									変更内容が分かるもの(協定書等)
事業所の種別等【看護小規模多機能型居宅介護のみ】	○										
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	○										変更内容が分かるもの
本体施設の概要・本体施設との移動経路	○	△									本体施設がある場合、当該施設の概要並びに施設と当該本体施設との間の移動の経路及び方法並びに その移動に要する時間について、変更内容が分かるもの
併設施設の状況等	○	△									併設する施設がある場合にあっては、当該併設する施設の概要について、変更内容が分かるもの
連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地	○										連携する訪問看護事業所との契約書等の写し
介護支援専門員(計画作成担当者)の氏名及びその登録番号	○	△	○	○			△				○

【備考】

※【認知症対応型共同生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のみ】「協力医療機関との連携に係る届け出」に関して変更がある場合は別途届け出が必要です。

※追加の書類を求めることがありますのでご了承ください。

※変更のあった日から10日以内に必要書類を提出してください。