

	提出書類	チェック項目
共通事項	<input type="checkbox"/> 変更届出書 (様式第2号)	<input type="checkbox"/> 提出年月日は記載されているか <input type="checkbox"/> 届出書は法人名で記入されているか <input type="checkbox"/> 代表者名の記載、法人印の押印はあるか <input type="checkbox"/> 介護保険事業所番号、名称、所在地、サービス種類は正しく記載されているか <input type="checkbox"/> 変更項目の番号に○は付けられているか <input type="checkbox"/> 変更の内容に、変更前後の内容が正しく記載されているか <input type="checkbox"/> 変更年月日は記載されているか
変更項目	添付書類	チェック項目
1 事業所(施設)の名称	<input type="checkbox"/> 運営規程	<input type="checkbox"/> 運営規程の事業所名は変更されているか <input type="checkbox"/> 登記等は変更の必要はないか (事業所名を登記している場合は変更が必要)
2 事業所(施設)の所在地 ※移転は要事前相談	<input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 事業所の平面図 <input type="checkbox"/> 事業所の設備等に関する一覧表 <input type="checkbox"/> 事業所の写真(A4紙貼付) <input type="checkbox"/> 不動産登記簿謄本 (法人所有の場合) <input type="checkbox"/> 賃貸借契約書の写し (賃貸の場合)	<input type="checkbox"/> 運営規程の事業所の所在地は変更されているか <input type="checkbox"/> 平面図に各室の用途、面積が記載されているか <input type="checkbox"/> 事業所の設備等に関する一覧表が適切に記載されているか、平面図、写真と整合しているか <input type="checkbox"/> 写真は、事業所の建物の外観、各室の様子が分かるか <input type="checkbox"/> 登記等は変更の必要はないか (事業所所在地を登記している場合は変更が必要) <input type="checkbox"/> 住居表示変更の場合は、添付書類は運営規程のみ
3 申請者の名称★	<input type="checkbox"/> 法人登記簿謄本	<input type="checkbox"/> 登記簿謄本は適切に変更されているか <input type="checkbox"/> 合併による変更ではないか ※合併による場合は「廃止」と「新規」の申請です。
4 主たる事務所(法人)の所在地★	<input type="checkbox"/> 法人登記簿謄本	<input type="checkbox"/> 登記簿謄本は適切に変更されているか ※法人登記簿謄本を併設事業所について同時に提出する場合、一方は、原本証明をした写しでも可。
5 代表者(開設者)の氏名、住所及び職名★	<input type="checkbox"/> 代表者経歴書(参考様式2-2) <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス事業の指定に関する誓約書及び同意書 <input type="checkbox"/> 研修修了証の写し <input type="checkbox"/> 法人登記簿謄本	<input type="checkbox"/> 代表者は、認知症高齢者の介護に従事した経験又は保健医療サービスや福祉サービス(高齢者に対して直接ケアを行っているもの)の経営に直接携わった経験があるか <input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業開設者研修修了証の添付はあるか <input type="checkbox"/> 登記簿謄本は適切に変更されているか ※住所のみ変更の場合は、誓約書は提出不要。 ※法人登記簿謄本を併設事業所について同時に提出する場合、一方は、原本証明をした写しでも可。
6 登記事項証明書	<input type="checkbox"/> 法人登記簿謄本	<input type="checkbox"/> 登記簿謄本は適切に変更されているか ※法人登記簿謄本を併設事業所について同時に提出する場合、一方は、原本証明をした写しでも可。
7 事業所・施設の建物の構造、専用区画等 ※要事前相談	<input type="checkbox"/> 事業所の平面図 <input type="checkbox"/> 事業所の設備等に関する一覧表 <input type="checkbox"/> 事業所の写真(A4紙貼付)	<input type="checkbox"/> 平面図に各室の用途、面積が記載されているか <input type="checkbox"/> 事業所の設備等に関する一覧表が適切に記載されているか、平面図、写真と整合しているか <input type="checkbox"/> 写真は、事業所の建物の外観、各室の様子が分かるか

<p>8 事業所・施設の管理者の氏名及び住所 (★必要時)</p> <p>※研修未修了者を届け出る場合は要事前相談</p>	<p><input type="checkbox"/> 付表 8-1 (管理者及び介護支援専門員の欄のみを記入)</p> <p><input type="checkbox"/> 管理者経歴書 (参考様式 2-1)</p> <p><input type="checkbox"/> 雇用証明書、辞令書等の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 研修修了証の写し</p>	<p><input type="checkbox"/> 管理者が兼務を行っている場合、付表には兼務の状況を漏れなく記載しているか</p> <p><input type="checkbox"/> 管理者は常勤で、3年以上認知症である者の介護に従事した経験を有しているか</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修修了証及び認知症介護実践研修 (実践者研修) 修了証の添付はあるか</p> <p>※研修未修了の場合、「研修修了確約書 (様式自由)」に、研修未修了者を配置しなければならない理由を明記して提出。</p>								
<p>9 運営規程</p> <p>※登録定員、通い、宿泊サービス利用定員変更の場合は要事前相談</p>	<p><input type="checkbox"/> 運営規程 (変更後のもの)</p> <p>※変更箇所をラインマーカー等でマーキングする。</p> <p><input type="checkbox"/> 新旧対照表等変更箇所がわかるもの (変更届の変更前・変更後の欄に記載することでも可)</p> <p>⇒通い定員を 16 人以上にする場合又は泊まり定員を増やす場合のみ以下提出</p> <p><input type="checkbox"/> 事業所の平面図</p>	<p>※従業者数の変更・介護報酬の改定に伴う料金の変更による運営規程の変更は届出不要。</p> <p><input type="checkbox"/> 運営規程は適切に変更されているか</p> <p>(通い定員を 16 人以上にする場合)</p> <p><input type="checkbox"/> 居間及び食堂の合計面積がわかるか</p> <p>※通い定員 × 3 m² 必要</p> <p><input type="checkbox"/> 登録定員の変更の必要はないか →→</p> <p>(泊まり定員を増やす場合)</p> <p><input type="checkbox"/> 宿泊室の床面積がわかるか</p> <p><input type="checkbox"/> 個室以外の宿泊室を設ける場合は、個室以外の宿泊室の合計面積がわかるか</p> <table border="1" data-bbox="1273 831 1544 1028"> <thead> <tr> <th>登録定員</th> <th>通い定員</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>26~27 人</td> <td>16 人</td> </tr> <tr> <td>28 人</td> <td>17 人</td> </tr> <tr> <td>29 人</td> <td>18 人</td> </tr> </tbody> </table>	登録定員	通い定員	26~27 人	16 人	28 人	17 人	29 人	18 人
登録定員	通い定員									
26~27 人	16 人									
28 人	17 人									
29 人	18 人									
<p>10 協力医療機関、協力歯科医療機関</p>	<p><input type="checkbox"/> 協力医療機関、協力歯科医療機関との契約書写し</p>	<p><input type="checkbox"/> 契約内容は適切か、緊急時等において円滑な協力が得られるよう取り決めがあるか</p>								
<p>11 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</p>	<p><input type="checkbox"/> 連携施設との契約書その他取り決め事項等の写し</p>	<p><input type="checkbox"/> 内容は適切か、利用者の入院や休日夜間等における対応について円滑な協力が得られるよう取り決めがあるか</p>								
<p>12 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項</p>	<p>※ 加算届に係る添付書類については、別紙「介護給付費算定に係る体制等に関する届出 添付書類一覧」参照</p>	<p><input type="checkbox"/> 加算等に係る算定要件を満たしているか</p> <p><input type="checkbox"/> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出 添付書類一覧」を添付しているか</p> <p><input type="checkbox"/> 変更届の変更内容欄に、加算名を明記しているか</p>								
<p>13 本体施設、本体施設との移動経路等</p>	<p>該当なし</p>									
<p>14 併設施設の状況等</p>	<p>該当なし</p>									
<p>15 従業者の氏名等</p> <p>※介護支援専門員の氏名及びその登録番号</p> <p>※研修未修了者を届け出る場合は要事前相談</p>	<p><input type="checkbox"/> 付表 8-1 (管理者及び介護支援専門員の欄のみを記入)</p> <p><input type="checkbox"/> 雇用証明書、辞令書等の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 研修修了証</p>	<p><input type="checkbox"/> 介護支援専門員が兼務を行っている場合、付表には兼務の状況を漏れなく記載しているか</p> <p><input type="checkbox"/> 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了しているか</p> <p>※研修未修了の場合、「研修修了確約書 (様式自由)」に、研修未修了者を配置しなければならない理由を明記して提出。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護支援専門員証は、有効期間内であるか。</p>								

★の項目に変更があった場合は、「業務管理体制に係る変更届」(通常の変更届とは別)が必要です。