

変 更 届 出 書

年 月 日

(あて先)
埼玉県知事

住所
事業（開設）者（所在地）

氏名
(名称及び代表者職氏名)

	印
--	---

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		事業所番号									
		1	1								
指定内容を変更した事業所（施設）		名 称									
		所 在 地									
サ ー ビ ス の 種 類											
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容									
1	事業所（施設）の名称	(変更前)									
2	事業所（施設）の所在地（電話番号、FAX番号）										
3	事業（開設）者（法人）の名称、主たる事務所（本社）の所在地（電話番号、FAX番号）										
4	代表者の職・氏名、生年月日及び住所										
5	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)										
6	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等										
7	備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業）	(記載例) 10 運営規程の変更 第8条第1項 通常の実施地域は、春日部市とする。									
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所 (介護老人保健施設、介護医療院は、事前に承認を受ける。)										
9	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴										
10	運営規程										
11	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関										
12	事業所の種別										
13	提供する居宅療養管理指導の種類	(変更後)									
14	事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の 空床利用型・併設型の別)										
15	利用者、入所者又は入院患者の定員										
16	福祉用具の保管・消毒方法 (委託している場合にあっては、委託先の状況)										
17	併設施設の状況等										
18	介護支援専門員の氏名及びその登録番号										
変 更 年 月 日		年 月 日									

備考 1 該当項目番号に○を付してください。

2 変更内容が分かる書類を添付してください（添付書類一覧表参照）

連絡先(担当者名)	TEL :
[事業所・法人]	メールアドレス :

添付書類一覧表（簡易版）

必須書類 【】内の要件に当てはまる場合に添付が必要となる書類

変更事項		添付書類
1	事業所（施設）の名称	<input type="checkbox"/> 付表* ^{※1} <input type="checkbox"/> 運営規程
2	<要事前相談> 事業所（施設）の所在地（電話番号、FAX番号）	<input type="checkbox"/> 付表* ^{※1} （賃貸物件の場合 … <input type="checkbox"/> 賃貸契約書の写し（要原本証明） 所有物件の場合 … <input type="checkbox"/> 不動産登記簿謄本など所有がわかるもの） <input type="checkbox"/> 平面図 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 運営規程
3	事業（開設）者（法人）の名称、主たる事務所（本社）の所在地（電話番号、FAX番号）	<input type="checkbox"/> 法人登記簿謄本（履歴事項全部証明書 ^{※2} ）
4	代表者の職・氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/> 法人登記簿謄本（履歴事項全部証明書 ^{※2} ） <input type="checkbox"/> 参考様式 9-1-* ^{※1}
5	登記事項証明書・条例等	<input type="checkbox"/> 法人登記簿謄本（履歴事項全部証明書 ^{※2} ）
6	<要事前相談> 事業所（施設）の建物の構造、専用区画等	<input type="checkbox"/> 平面図 <input type="checkbox"/> 写真 【付表記載内容に変更がある場合】 <input type="checkbox"/> 付表* ^{※1} 【居室面積や設備に変更がある場合】 <input type="checkbox"/> 参考様式 4 <input type="checkbox"/> 参考様式 5
7	備品（訪問入浴）	<input type="checkbox"/> 参考様式 5 <input type="checkbox"/> カタログ・写真・保管場所がわかる資料
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/> 付表* ^{※1} <input type="checkbox"/> 参考様式 1 ^{※3} <input type="checkbox"/> 参考様式 9-1-* ^{※1} <input type="checkbox"/> 参考様式 31 【管理者に資格要件がある場合または管理者が要有資格の職種を兼務する場合】 <input type="checkbox"/> 資格証の写し（要原本証明） ※本人確認のため新たに就任する管理者に在所いただく必要があります（在所の際はご予約の上、運転免許証等の身分証明書をもちください）
9	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	<input type="checkbox"/> 付表 1 <input type="checkbox"/> 参考様式 1（訪問系サービス用） <input type="checkbox"/> 参考様式 2 <input type="checkbox"/> 参考様式 31 <input type="checkbox"/> 資格証の写し（要原本証明） 【サービス提供責任者の変更によって運営規程の内容が変わる場合】 <input type="checkbox"/> 運営規程 ※本人確認のため新たに就任するサービス提供責任者に在所いただく必要があります（在所の際はご予約の上、運転免許証等の身分証明書をもちください）
10	運営規程	<input type="checkbox"/> 運営規程（変更部分をマーキング等で明示したもの） 【付表記載項目に係る運営規程の変更の場合】 <input type="checkbox"/> 付表* ^{※1}
11	協力（歯科）医療機関（病院）	<input type="checkbox"/> 協力（歯科）医療機関との契約書等（要原本証明） <input type="checkbox"/> 医療機関概要 <input type="checkbox"/> 付表* ^{※1}
12	事業所の種別	—
13	提供する居宅療養管理指導の種類	<input type="checkbox"/> 付表 5
14	事業実施形態	<input type="checkbox"/> 付表 8-2 <input type="checkbox"/> 運営規程
15	<要事前相談> 利用者、入所者又は入院患者の定員	<input type="checkbox"/> 付表* ^{※1} <input type="checkbox"/> 参考様式 1 <input type="checkbox"/> 運営規程 【定員増加に伴い基準上必要となった要有資格の職員を追加した場合】 <input type="checkbox"/> 資格者証の写し（要原本証明）
16	福祉用具の保管・消毒方法（委託している場合にあつては、委託先の状況）	<input type="checkbox"/> 契約書の写し（要原本証明） <input type="checkbox"/> 写真
17	併設施設の状況等	—
18	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	<input type="checkbox"/> 付表* ^{※1} <input type="checkbox"/> 参考様式 10 <input type="checkbox"/> 参考様式 1 <input type="checkbox"/> 資格者証の写し（要原本証明）

※1 「付表*」及び「参考様式 9-1-*」はサービス種類によって様式が異なります。

サービス種類	訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハ	居宅療養	通所介護	通所リハ	短期生活	短期療養	特定施設	用具貸与	用具販売	特養	老健	医療施設	医療院
付表番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	15	16	17
サービス種類	居宅系サービス（訪問介護、訪問入浴、訪問看護、訪問リハ、居宅療養、通所介護、通所リハ、短期生活、短期療養、特定施設、用具貸与、用具販売）											特養	老健	医療施設	医療院	
参考様式番号	9-1-1 ※介護予防を実施している場合は「9-1-6」も必要											9-1-3	9-1-4	9-1-5	9-1-7	

※2 現在事項全部証明書でも一応可です（現在事項では変更の履歴が確認できないため、履歴事項全部証明書が望ましい）。

※3 訪問系サービスについては、「参考様式 1（訪問系サービス用）」を使用してください。