

変更届 チェックリスト

事業所名・部署等： 連絡先：		担当者氏名：							
サービス種別	①居宅介護支援 ②介護予防支援 ③認知症対応型共同生活介護 ④地域密着型通所介護 ⑤認知症対応型通所介護 ⑥小規模多機能型居宅介護 ⑦看護小規模多機能型居宅介護								
変更があった事項	必要な添付書類	サービス種別							チェック
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
事業所・施設の名称	運営規程（事業所の名称がわかるもの）	○	○	○	○	○	○	○	
事業所・施設の所在地	平面図【標準様式3】	○	○	○	○	○	○	○	
	写真（設備に関する基準に該当する部屋及び外観）	○	○	○	○	○	○	○	
	運営規程等（事業所の所在地がわかるもの）	○	○	○	○	○	○	○	
	建築基準法上の工事完了検査済証写し	○	○	○	○	○	○	○	
	消防法上の消防設備等検査済証写し			○			○	○	
申請者の名称	登記事項証明書	○	○	○	○	○	○	○	
主たる事務所の所在地	登記事項証明書	○	○	○	○	○	○	○	
法人等の種類 (例:社団法人⇒医療法人)	登記事項証明書	○	○	○	○	○	○	○	
代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所及び職名	誓約書【標準様式6及び参考様式8】 (住所変更のみは、不要)	○	○	○	○	○	○	○	
	登記事項証明書又は理事会等の議事録 (原本証明を付記する)	○	○	○	○	○	○	○	
	認知症対応型サービス事業開設者研修修了証写し			○			○	○	
登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)	登記事項証明書又は条例等	○	○	○	○	○	○	○	
共生型サービスの該当有無	※事前にお問い合わせください。				○				
事業所・施設の建物の構造、専用区画等	平面図（変更箇所がわかるようにすること）【標準様式3】	○	○	○	○	○	○	○	
	写真（変更箇所）	○	○	○	○	○	○	○	
	建築基準法上の工事完了検査済証写し	○	○	○	○	○	○	○	
	消防法上の消防設備等検査済証写し	○	○	○	○	○	○	○	
事業所・施設の管理者の氏名、生年月日及び住所及び経歴	管理者経歴書【標準様式2】	○	○	○	○	○	○	○	
	認知症対応型サービス事業管理者研修修了証写し			○		○	○	○	
	認知症介護実践者研修修了証写し			○		○			
	勤務表（変更月のもの）【標準様式1】	○	○	○	○	○	○	○	
運営規程	運営規程（変更箇所がわかるようにすること）	○	○	○	○	○	○	○	
協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関	協力機関との協定書など協力体制が分かるもの			○			○	○	
事業所の種別等	※事前にお問い合わせください。							○	
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	施設との協定書など連携・支援体制がわかるもの			○			○	○	
本体施設、本体施設との経路等	本体施設、経路等がわかるもの								
併設施設の状況等	施設概要がわかるもの								
連携する訪問看護を行う事業所の名称	本組合圏内に該当する事業所がありません。								
連携する訪問看護を行う事業所の所在地	本組合圏内に該当する事業所がありません。								
介護支援専門員の氏名及びその登録番号	介護支援専門員一覧表【標準様式7】	○	○	○			○	○	
	介護支援専門員証の写し	○	○	○			○	○	
	認知症介護実践者研修修了証写し			○					
	小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修修了証写し						○	○	
	勤務表（変更月のもの）【標準様式1】	○	○	○			○	○	

サービス種別 ①居宅介護支援 ②介護予防支援 ③認知症対応型共同生活介護 ④地域密着型通所介護
⑤認知症対応型通所介護 ⑥小規模多機能型居宅介護 ⑦看護小規模多機能型居宅介護

変更があった事項の内容によっては、その他の添付資料の提出を求める場合があります。