

介護保険事業者指定申請の手引き

<第3版>

令和6年4月

春日部市健康保険部介護保険課

【 目 次 】

1. 市の指定の対象となるサービス	P 1
2. 指定の要件	P 2
3. 指定申請について	P 4
4. 指定更新について	P 7
5. 変更の届出について	P 9
6. 事業の廃止、休止について	P 10
7. 事業の再開について	P 10
資料	
• 指定申請添付書類一覧	P 11
• 変更届添付書類一覧	P 22

1 市の指定の対象となるサービス

	春日部市が指定	都道府県等が指定
介護給付	<p>◎地域密着型サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・夜間対応型訪問介護 ・地域密着型通所介護 ・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 ・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 ・看護小規模多機能型居宅介護 <p>◎居宅介護支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護支援 	<p>◎居宅サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・訪問看護 ・訪問リハビリテーション ・居宅療養管理指導 ・通所介護 ・通所リハビリテーション ・短期入所生活介護 ・短期入所療養介護 ・特定施設入居者生活介護 ・福祉用具貸与 ・特定福祉用具販売 <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 ・介護医療院
予防給付	<p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防認知症対応型通所介護 ・介護予防小規模多機能型居宅介護 ・介護予防認知症対応型共同生活介護 <p>◎介護予防支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防支援 	<p>◎介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防訪問介護 ・介護予防訪問入浴介護 ・介護予防訪問看護 ・介護予防訪問リハビリテーション ・介護予防居宅療養管理指導 ・介護予防通所介護 ・介護予防通所リハビリテーション ・介護予防短期入所生活介護 ・介護予防短期入所療養介護 ・介護予防特定施設入居者生活介護 ・介護予防福祉用具貸与 ・特定介護予防福祉用具販売
事業費	<p>◎介護予防・日常生活支援総合事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防訪問介護相当サービス ・訪問型サービスA ・介護予防通所介護相当サービス ・通所型サービスA 	

※地域密着型(介護予防)サービス(一部)の指定にあたっては、公募による指定を行っています。

2 指定の要件

(1) 指定について

介護保険法上の指定事業者となるためには、事業者ごとに次の要件を満たしている必要があります。

- ① 法人（※）であること
- ② 春日部市条例で定める「人員、設備及び運営に関する基準」を満たしていること
- ③ 申請者やその役員等が、介護保険法上の欠格事由に該当していないこと

※ただし、病床を有する診療所を開設している者により行われる看護小規模多機能型居宅介護について、法人格は不要です。

(2) 法令遵守

(1)②にある「人員、設備及び運営に関する基準」は、介護保険法に基づくもので、要介護者等の心身の状況等に応じて、適切なサービスを提供するために必要な最低基準を定めたものです。従って、事業者においては、自ら法令通知等を参照し、質の高い介護サービスを提供することが求められます。基準を満たさない場合、指定を受けられないのはもちろんのこと、運営開始後に基準を下回った場合には、指導の対象となり、指定を取り消されることもあります。

春日部市が定める基準は、市公式ホームページで確認をしてください。

サービス種類	基準条例・要綱
地域密着型サービス	春日部市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成24年12月14日条例第30号）
地域密着型介護予防サービス	春日部市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（平成24年12月14日条例第29号）
居宅介護支援	春日部市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例（平成30年3月16日条例第4号）
介護予防支援	春日部市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成27年3月12日条例第6号）
介護予防日常生活支援総合事業	春日部市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者の指定等に関する要綱

(3) 他法令の手続きについて

介護保険の指定事業者となるためには、介護保険法の指定基準を満たしていることのほか、指定申請の前に調整を行っておくことが望ましいものや、所管する行政機関の許可・認可等を受けなければならないものもあります。それぞれの所管する行政機関にご確認ください。

それぞれの手続きが終了していないと、介護保険法の指定を受けられない場合や指定を受けても営業できない場合があります。

例1：福祉関連法令の適用を受けるもの

老人福祉法、生活保護法等

例2：他法規制の可能性のあるもの

都市計画法、農地法、建築基準法、消防法、文化財保護法、食品衛生法等

例3：事業者として当然に守るべき法規制など

就業規則等の労働基準監督署への届出、税務署への届出、雇用保険の届出、法人の定款変更等の手続等

例4：事前に調整しておく必要のあるもの

隣接地権者、自治会、民生委員等

(4) 主な欠格事由の概要について

指定の欠格事由として、申請者、開設者、法人役員、管理者等が次のような事由に該当する場合は、指定できません。

- ① 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき
- ② 介護保険法その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき
- ③ 労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき
- ④ 社会保険各法又は労働保険の保険料の徴収等に関する法律の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金について、当該申請をした日の前日までに、これらの法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく3月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき
- ⑤ 指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者であるとき
- ⑥ 指定の取消しの処分に係る通知があった日から当該処分をする日等までの間に事業の廃止の届出をした者で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき
- ⑦ 指定の申請前5年以内に介護保険サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき

3 指定申請について

(1) 指定の流れ

指定の流れ	説明
<p>準備</p> <p>事前相談(任意)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 指定事業者になるためには、市条例（厚生労働省令）で定める人員、設備及び運営に関する基準を満たさなければなりません。指定の要件（基準）を必ず確認してください。 ○ 申請書の様式は、市のホームページに掲載しています。添付書類は11ページの「指定申請添付書類一覧」をご確認ください。 ○ 事前相談（任意）をされる場合、電話で予約をお願いします。 <p>※指定申請の事前協議は介護保険課で行いますが、都市計画法、建築基準法等の他法令の協議が必要な場合がありますので、別途関係機関との調整を進めるようお願いします。</p>
<p>申請</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 申請書の提出締切日は、希望する指定月の前々月20日です。（20日が閉庁日の場合は翌開庁日） ○ 指定申請書は、事業所ごと、サービスの種類ごとに提出してください。 ○ 電子申請・届出システムでの提出が可能です。 ○ 窓口、郵送での提出の場合は、提出部数は2部とし、正本を受理した段階で受領印を押し、1部（副本）を控えとしてお戻しします。 ○ 申請締切日までに申請書類がすべて整ったものについて受理します。 なお、工事中・備品等が未納入の場合は申請書の受理はできません。 <p>※申請書は必ずしも1回で受理できるとは限りません。修正や追加で再提出が必要な場合があります。事業開始予定日から余裕をもって申請を行ってください。</p>
<p>審査</p> <p>現地確認</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 審査は、事業所ごと、サービスの種類ごとに行います。 ○ 地域密着型サービスについては、基準に適合しているか等を現場調査で確認します。確認事項は6ページを確認してください。
<p>指定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 指定は、原則として毎月1日付けです。 ○ 指定月の前々月20日までに受理した書類について審査し、指定基準を満たしていることが確認できたものは、翌々月1日に指定します。 ※例 4月20日受理 → 6月1日指定 ○ 指定日までに指定通知書をお渡しします。指定通知書は原則、再発行しませんので、取扱いにはご注意ください。 ○ 指定の有効期間は原則6年間です。当該有効期間を更新するには、更新申請が必要となります。
<p>公示</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 指定事業所名、所在地、サービスの種類等が春日部市役所前の掲示板に掲示されます。（総合事業を除く。）

(2) 提出方法・提出先

① 電子申請・届出システムでの提出

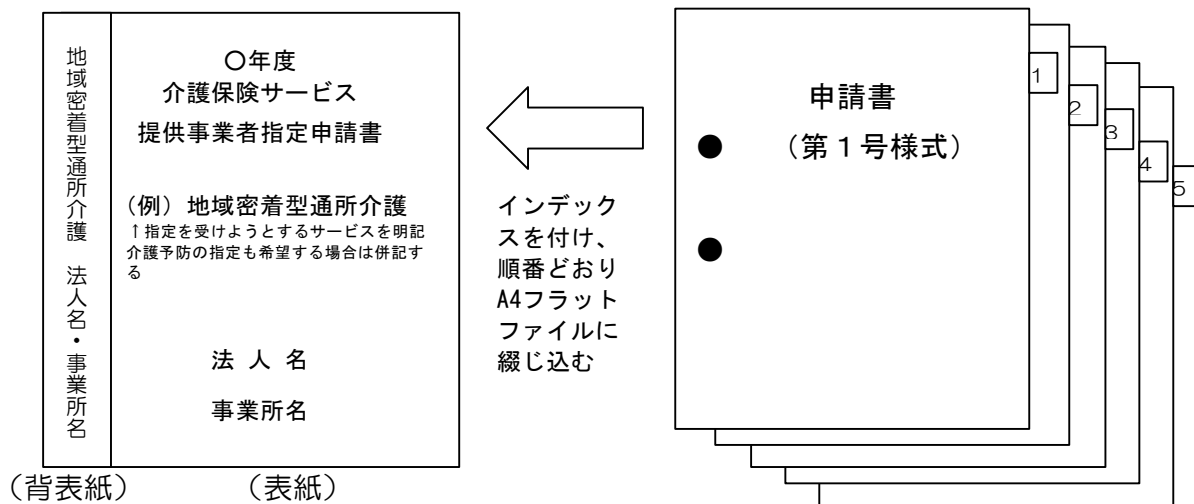
- ・〔電子申請・届出システム〕操作マニュアル（介護事業所向け）をご確認ください。

② 窓口・郵送での提出

<提出方法>

- ・申請書類は、サービスごとに、同一の物を2部（正本、副本）作成します。
- ・それぞれ2穴式A4版のフラットファイル（色は問いません）に綴じ込み、表紙には下のよう
にタイトルを付け、書類ごとにインデックスを付けてください。
- ・申請書等の様式は、春日部市のホームページに掲載しています。サービスごとに添付書類
等が異なりますので、申請書類一覧を必ず確認してください。
- ・申請書類一覧のチェック内容を確認し、申請書類一式と別用にして提出してください。そ
の際、「連絡先」の氏名、TEL欄は、書類の内容について問い合わせをさせていただく
際のご担当者の氏名、電話番号を記入してください。

《提出書類のつづり方》



<提出先>

住 所：春日部市中央7丁目2番地1

担当課：春日部市 健康保険部 介護保険課 計画・事業指導担当

電 話：048-796-8285（直通）

メールアドレス：kaigo@city.kasukabe.lg.jp

(3) 生活保護法に係るみなし指定

生活保護の被保護者に対して介護保険制度に基づく介護サービスを提供する場合には、介護保険の事業者指定に加えて生活保護法に基づく指定介護機関として指定を受けていることが必要です。

生活保護法の一部改正により、平成26年7月1日から介護保険法の指定又は開設許可を受けた事業者は生活保護法の指定介護機関とみなされ、指定申請の手続は不要となっています。生活保護法に基づく指定介護機関として指定を希望しない場合は、指定申請時に申し出が必要です。

(4) 現地調査での確認事項（地域密着型サービスのみ）

下記の事項について確認します。その他の書類についても、必要に応じて閲覧させていただく場合がございますので御協力をお願いします。本部・本社等で保管している場合でも、当日は事業所に御用意ください（写し可）。なお、指定申請時に提出を行っている書類は不要です。

また、当日は職員が施設の主要な場所について、写真撮影を行います。

① 人員に関する資料

- ・ 就業規則
- ・ 雇用契約書又は雇用条件通知書、辞令等
- ・ 従業者の資格・経験が分かる書類（資格証明証、修了証、履歴書等）
- ・ 利用者・家族の秘密保持（個人情報保護）に関する従業者の誓約書等
- ・ 従業者の研修計画

② 設備に関するもの

- ・ 居室等の施設全般（面積確認含む）
- ・ 消火設備
- ・ 備品

③ 運営に関するもの

- ・ 個人情報使用同意書、パンフレット
- ・ 防火管理者選任届、消防計画届
- ・ 非常災害（火災、風水害、地震等）の対応に関する書類（対応マニュアル、訓練計画等）
- ・ 緊急時の連絡体制が確認できる書類
- ・ ハラスメント防止の措置に関する書類（指針、対応マニュアル等）
- ・ 苦情処理体制や手順に関する書類（記録簿、対応マニュアル等）
- ・ 事故発生時の対応に関する事項（対応マニュアル等）
- ・ 賠償責任保険証書（加入していることが望ましい）
- ・ 虐待の防止のための措置（委員会、指針、研修、担当者の配置）
- ・ 感染症の予防及びまん延防止のための措置、（委員会、指針、研修、訓練）
- ・ 業務継続計画（計画、研修、訓練）
- ・ 業務管理体制の届け出

※3 ページに記載する「他法令の手続き」について、書類等を確認する場合があります。

4 指定更新について

(1) 指定更新手続きについて

- ・指定の有効期間の満了日を迎える事業所あてに案内を通知します。更新申請手続きについては、通知に従って進めてください。
- ・電子申請・届出システムの利用が可能です。
- ・更新の際に必要な添付書類は、下記のとおりです。

【地域密着型・居宅介護・予防支援】

	提出すべき書類	様式	認知症対応型 通所介護 (介護予防)	小規模多機能 型居宅介護 (介護予防)	認知症対応型 共同生活介護 (介護予防)	定期巡回・随 時対応型訪問 介護看護
1	指定更新申請書	様式第6号 様式第7号	○	○	○	○
2	指定に係る記載事項	付表	○ (付表4,5)	○ (付表6)	○ (付表7)	○ (付表1)
3	欠格事由に該当していない旨の誓約書 (標準様式6及び別紙①②③④)	標準様式6	○	○	○	○
		標準様式別紙	別紙①	別紙①	別紙①	別紙①
		介護予防の指定がある場合は別紙③	○	○	○	—
4	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	標準様式1	○	○	○	○
5	当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧	標準様式7	—	○(※)	○(※)	—
6	資格証の写し(要有資格職種分)	—	○(※)	○(※)	○(※)	○(※)

	提出すべき書類	様式	看護小規模 多機能型 居宅介護	地域密着型 通所介護	居宅介護支援	介護予防支援
1	指定更新申請書	様式第6号 様式第7号	○	○	○	○
2	指定に係る記載事項	付表	○ (付表10)	○ (付表3)	○ (付表11)	○ (付表12)
3	欠格事由に該当していない旨の誓約書 (標準様式6及び別紙①②③④)	標準様式6	○	○	○	○
		標準様式別紙	別紙①	別紙①	別紙②	別紙④
		介護予防の指定がある場合は別紙③	—	—	—	—
4	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	標準様式1	○	○	○	○
5	当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧	標準様式7	○(※)	—	○(※)	○(※)
6	資格証の写し(要有資格職種分)	—	○(※)	○(※)	○(※)	○(※)

- 1 更新申請書の提出時点(月)の内容を記載してください。
- 2 (※)がある項目は、更新申請の際に提出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能で提出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

【総合事業】

	提出すべき書類	様式	訪問介護 相当サービス	訪問型 サービスA	通所介護 相当サービス	通所型 サービスA
1	指定更新申請書	様式第6号	○	○	○	○
2	指定に係る記載事項	付表	○ (付表1)	○ (付表1)	○ (付表2)	○ (付表2)
3	介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書(標準様式及び別紙)	標準様式あり (標準様式6)	○	○	○	○
4	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	標準様式あり	○ (様式1-1)	○ (様式1-1)	○ (様式1-2)	○ (様式1-2)
5	資格が必要な職種の資格証明	—	○(※)	○(※)	○(※)	○(※)

- 1 更新申請書の提出時点(月)の内容を記載してください。
- 2 (※)がある項目は、更新申請の際に、提出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。
提出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

(2) 指定更新にあわせての変更届の取扱いについて

更新を受ける際に、提出を要する変更届の提出がなされていない場合は、変更届の書類が確認できるまで更新ができませんのでご注意ください。

(3) 休止時における指定更新の取扱い

休止中の事業所においては、指定の更新を受けるために、まず、指定基準等を満たした上で、事業の再開の手続きを行う必要があります。再開届がない場合、有効期間満了により、指定の効力が失われます。

5 変更の届出について

(1) 指定に関する事項の変更

- ・指定に関する事項に変更があった時は、**変更後10日以内**に「変更届出書」を提出してください。
- ・**電子申請・届出システムの利用が可能です。**
- ・届出が必要な事項及び添付書類等は、サービスによって異なりますので、22ページ以降を参照してください。

(2) 体制届出（加算の届出）の変更

- ・新規指定申請時に提出した、介護給付費算定に係る体制等に関する届出が変更になる場合には、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」及び必要な添付書類を提出してください。

※ 総合事業は、「総合事業費算定に係る体制等に関する届出書」、「総合事業費算定に係る体制状況一覧表」を提出

- ・**電子申請・届出システムの利用が可能です。**

サービス・加算種類	届出に係る加算等の算定の開始時期
居宅介護支援 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 介護予防訪問介護相当サービス 介護予防通所介護相当サービス	変更の前月15日までに届出が受理された場合は受理月の翌月から算定可能
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	届出が受理された日の翌月から算定可能 （月初日の場合は当月から）
緊急時訪問看護加算	届出が受理された日から算定可能

（当該日が閉庁日の場合は翌開庁日）

※ 体制の変更を行わないと、県国保連合会での支払の審査でエラーになり、介護報酬の支払いができない場合がありますので、ご注意ください。

※ 人員基準欠如の場合、介護報酬を減額して請求するとともに、体制の変更手続きも必要です。

6 事業の廃止、休止について

(1) 届出書及び添付書類

事業の廃止又は休止が生じた場合は、**廃止日及び休止日の1か月前までに**、「廃止・休止届出書」を提出してください。なお、休止期間についてはご相談ください。

※各届出書、添付書類等は、春日部市公式ホームページを参照してください。

(2) 継続的なサービスの確保

事業の廃止又は休止の届出をしたときは、引き続きサービスの提供を希望する利用者に対し、必要なサービスが継続的に提供されるよう、指定居宅介護支援事業者、他の指定居宅サービス事業者その他関係者との連絡調整その他の便宜の提供（他事業所の紹介、介護支援専門員との連絡調整等）を行わなければなりません。

(3) 春日部市以外への所在地の変更について

春日部市内で運営している事業所の所在地を春日部市以外の所在地へ変更する場合は、廃止届を提出してください。その所在地を所管する行政庁において、あらためて指定申請を行うこととなります。

(4) 補助金を受けた財産の取り扱いについて

補助事業により取得し又は効用の増加した財産を有する事業者で、当該休止又は廃止が財産処分にあたる場合には、報告を行い、指示を受けなければなりません。速やかに補助事業担当部署と調整を行ってください。

7 事業の再開について

事業を再開する場合は、事業の**再開後10日以内**に「再開届出書」を提出してください。

※各届出書、添付書類等は、春日部市公式ホームページを参照してください。

【指定申請添付書類一覧】

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の申請書類一覧

※法人名		
※事業所の名称		
※連絡先	Tel	E-mail

※左記法人名等は記入して御持参ください。	1	2	3
点検日	/	/	/
対応職員			
※相談者名(申請法人以外ならばその関係)			

書類(インデックスを付けてください。)	1	2	3	チェック内容
1 指定申請書(様式第1号)				<input type="checkbox"/> 記載誤りや不整合がないことを確認 (名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・登記事項証明書・添付書類など)
2 指定に係る記載事項(付表1)				<input type="checkbox"/> 郵便番号の間違い注意 ※他書類との整合性に注意
3 商業登記事項証明書 ※登記情報サービス照会番号あるいは、直近3か月以内の原本				<input type="checkbox"/> 現在事項全部証明書又は履歴事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 目的の中に、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業」・「地域密着型サービス事業」等の適切な文言があるか
4 欠格事由に該当していない旨の誓約書 (標準様式6及び別紙①)				<input type="checkbox"/> 過去5年以内に介護保険法等に関して処分を受けた者はいない(欠格事由該当者はいない)ことを代表者が責任をもって確認した上で誓約されているか
5 平面図(標準様式3)				<input type="checkbox"/> 事業の運営を行うために必要な広さを有する特定の区画(事務室、受付、相談スペースなど) <input type="checkbox"/> 必要な設備・備品(机・いす・パソコン・鍵付き書庫など)
6 設備・備品等一覧表(標準様式4)				<input type="checkbox"/> 備品の充実(机、いす、パソコン、鍵付き書庫など)
7 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-7)				<input type="checkbox"/> オペレーター 提供時間帯を通じて1以上であり、専従。うち1人は常勤で、以下のいずれかである必要 <看護師・介護福祉士・医師・保健師・准看護師・社会福祉士・介護支援専門員> <input type="checkbox"/> 定期巡回サービス→訪問介護員等 必要数 <input type="checkbox"/> 随時訪問サービス→訪問介護員等 提供時間帯を通じて1以上 <input type="checkbox"/> 訪問看護サービス→保健師、看護師又は准看護師 常勤換算方法で2.5以上(うち1人以上は常勤の保健師又は看護師) <input type="checkbox"/> 計画作成責任者→上記の従業者のうち、以下のいずれかから1人以上を選任 看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士、介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 管理者→専従常勤
8 資格が必要な職種の資格証明書				<input type="checkbox"/> オペレーター <input type="checkbox"/> 計画作成責任者
9 運営規程				<input type="checkbox"/> 記載誤りがないことを確認(名称、所在地、勤務表、営業日、営業時間) ※他書類との整合性に注意
10 苦情を処理するための措置の概要(標準様式5)				<input type="checkbox"/> 記録の保存とサービスの向上への活用 <input type="checkbox"/> 担当者名、電話番号、FAX、対応可能日時 <input type="checkbox"/> 行政機関等の相談窓口(埼玉県国民健康保険団体連合会、春日部市の介護保険担当課)
11 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(別紙3-2)				<input type="checkbox"/> 郵便番号、氏名、住所等の記載誤りがないことを確認
12 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1-3)				<input type="checkbox"/> 該当するサービス部分のみ記載し提出
13 取得する加算に応じた添付書類 (介護職員処遇改善加算等計画書および変更届含む)				<input type="checkbox"/> 春日部市ホームページ「介護給付費算定に係る届け出」を参照
14 契約書・重要事項説明書				<input type="checkbox"/> 双方に不整合がないかを確認(キャンセル料金、支払方法等) <input type="checkbox"/> 介護報酬・加算状況を確認(料金表は春日部市の地域単価を反映させること)
15 介護サービス情報公表制度に係る基本情報報告様式 (書面調査用)				<input type="checkbox"/> 報告様式は、埼玉県ホームページのサイト内検索で「介護サービス情報の公表」と検索
16 老人福祉法の届出				<input type="checkbox"/> 老人居宅生活支援事業開始届(様式第18号)

・上記申請書類一式の控え(コピー)は必ず事業所に保管してください

申 送 事 項	1)
	2)
	3)

注) 次回の点検にもこの用紙と一緒に提出してください。

地域密着型通所介護(療養型、共生型含む)の申請書類一覧

※法人名		
※事業所の名称		
※連絡先	Tel	E-mail

※左記法人名等は記入して御持参ください。	1	2	3
点検日	/	/	/
対応職員			
※相談者名(申請法人以外ならばその関係)			

書類(インデックスを付けてください。)	1	2	3	チェック内容
1 指定申請書(様式第1号)				<input type="checkbox"/> 記載誤りや不整合がないことを確認 (名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・登記事項証明書・添付書類など)
2 指定に係る記載事項(付表3)				<input type="checkbox"/> 郵便番号の間違い注意 ※ 他書類との整合性に注意 【共生型通所介護の場合】 <input type="checkbox"/> 共生型障害福祉サービスの指定書の写し
3 商業登記事項証明書 ※ 登記情報サービス照会番号あるいは、直近3か月以内の原本				<input type="checkbox"/> 現在事項全部証明書又は履歴事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 目的の中に、「地域密着型通所介護事業」、「地域密着型サービス事業」、「第2種社会福祉事業老人デイサービスセンター」等の適切な文言があるか
4 欠格事由に該当していない旨の誓約書 (標準様式6及び別紙①)				<input type="checkbox"/> 過去5年以内に介護保険法等に関して処分を受けた者はいない(欠格事由該当者はいない)ことを代表者が責任をもって確認した上で誓約されているか
5 平面図(標準様式3)				<input type="checkbox"/> 事業の運営を行うために必要な広さを有する特定の区画(事務室、受付、相談室、静養室など) <input type="checkbox"/> 食堂及び機能訓練室(3㎡/人) <input type="checkbox"/> 必要な設備・備品(トイレ・机・いす・パソコン・鍵付き書庫など) ※ 部屋等の広さの数値を記入。面積要件のある食堂及び機能訓練室については、寸法や計算式などを併記して積算の過程及び根拠を示すこと 【療養型通所介護の場合】 <input type="checkbox"/> 指定療養通所介護を行うのにふさわしい専用の部屋(6.4㎡/人)
6 設備・備品等一覧表(標準様式4)				<input type="checkbox"/> 身体の不自由な方に適した構造であるか <input type="checkbox"/> 日照・採光・換気・衛生面に配慮されているか <input type="checkbox"/> 備品の充実(机、いす、パソコン、鍵付き書庫など) <input type="checkbox"/> 防災等への配慮・非常災害設備など
7 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-9) ※ 療養通所は標準様式1-10				<input type="checkbox"/> 専ら職務に従事する常勤の管理者 <input type="checkbox"/> 提供時間数に応じて生活相談員1人以上 <input type="checkbox"/> 単位ごとに提供時間数に応じて介護職員が利用者15人までは1以上、15人を超える場合は、15人を超える部分の利用者の数を5で除して得た数に1を加えた数以上 <input type="checkbox"/> 単位ごとに専従の看護職員1人以上(10人以下の特例あり) <input type="checkbox"/> 生活相談員又は介護職員の1人以上は常勤 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員1人以上
8 資格が必要な職種の資格証明書				<input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員 【療養型通所介護の場合】 <input type="checkbox"/> 管理者(看護師の資格証明)
9 運営規程				<input type="checkbox"/> 記載誤りがないことを確認(名称、所在地、職種・職員数、営業日、営業時間、サービス提供時間) ※ 他書類との整合性にも注意
10 苦情を処理するための措置の概要(標準様式5)				<input type="checkbox"/> 記録の保存とサービスの向上への活用 <input type="checkbox"/> 担当者名、電話番号、FAX、対応可能日時 <input type="checkbox"/> 行政機関等の相談窓口(埼玉県国民健康保険団体連合会、春日部市の介護保険担当課)
11 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(別紙3-2)				<input type="checkbox"/> 郵便番号、氏名、住所等の記載誤りがないことを確認
12 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1-3)				<input type="checkbox"/> 該当するサービス部分のみ記載し提出
13 取得する加算に応じた添付書類 (介護職員処遇改善加算等計画書および変更届含む)				<input type="checkbox"/> 春日部市ホームページ「介護給付費算定に係る届け出」を参照
14 契約書・重要事項説明書				<input type="checkbox"/> 双方に不整合がないかを確認(キャンセル料金、支払方法等) <input type="checkbox"/> 介護報酬・加算状況を確認(料金表は春日部市の地域単価を反映させること)
15 介護サービス情報公表制度に係る基本情報報告様式 (書面調査用)				<input type="checkbox"/> 報告様式は、埼玉県ホームページのサイト内検索で「介護サービス情報の公表」と検索
16 老人福祉法の届出				<input type="checkbox"/> 老人居宅生活支援事業開始届(他の施設との共用の場合)(様式第18号)若しくは老人デイサービスセンター設置届(単独型)(様式第21号)
17 指定地域密着型通所介護事業所等における宿泊サービスの実施等に関する届出書				<input type="checkbox"/> 宿泊サービスを行う場合は届出が必要

・上記申請書類一式の控え(コピー)は必ず事業所にて保管してください

申 送 事 項	1)
	2)
	3)

注) 次回の点検にもこの用紙と一緒に提出してください。

認知症対応型通所介護(単独型・併設型・共用型)の申請書類一覧

※法人名		
※事業所の名称		
※連絡先	Tel	E-mail

※左記法人名等は記入して御持参ください。	1	2	3
点検日	/	/	/
対応職員			
※相談者名(申請法人以外ならばその関係)			

書 類(インデックスを付けてください。)	1	2	3	チェック内容
1 指定申請書(様式第1号)				<input type="checkbox"/> 記載誤りや不整合がないことを確認 (名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・登記事項証明書・添付書類など)
2 指定に係る記載事項(付表4若しくは5)				<input type="checkbox"/> 郵便番号の間違ひ注意 ※ 他書類との整合性に注意
3 商業登記事項証明書 ※ 登記情報サービス照会番号あるいは、直近3か月以内の原本				<input type="checkbox"/> 現在事項全部証明書又は履歴事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 目的の中に、介護給付にあつては「認知症対応型通所介護事業」・「地域密着型サービス事業」・「第2種社会福祉事業老人デイサービスセンター」等、介護予防にあつては「介護予防認知症対応型通所介護事業」・「地域密着型介護予防サービス事業」等の適切な文言があるか
4 欠格事由に該当していない旨の誓約書(標準様式6及び別紙①③)				<input type="checkbox"/> 過去5年以内に介護保険法等に関して処分を受けた者はいない(欠格事由該当者はいない)ことを代表者が責任をもって確認した上で誓約されているか
5 平面図(標準様式3)				<input type="checkbox"/> 事業の運営を行うために必要な広さを有する特定の区画(事務室、受付、相談室、静養室など) <input type="checkbox"/> 食堂及び機能訓練室(3㎡/人) <input type="checkbox"/> 必要な設備・備品(トイレ・机・いす・パソコン・鍵付き書庫など) ※ 部屋等の広さの数値を記入。面積要件のある食堂及び機能訓練室については、寸法や計算式などを併記して積算の過程及び根拠を示すこと
6 設備・備品等一覧表(標準様式4)				<input type="checkbox"/> 身体の不自由な方に適した構造であるか <input type="checkbox"/> 日照・採光・換気・衛生面に配慮されているか <input type="checkbox"/> 必要な備品(机、いす、パソコン、鍵付き書庫など) <input type="checkbox"/> 防災等への配慮・非常災害設備など
7 管理者の経歴(標準様式2)				<input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修修了証の写しを添付
8 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-2)				(単独型・併設型) <input type="checkbox"/> 生活相談員→提供日ごとに(生活相談員のサービス提供時間内の勤務時間数の合計)÷(サービスを提供している時間帯の時間数)が1以上となるための必要数 <input type="checkbox"/> 看護職員又は介護職員 →サービス提供の単位ごとに、一定の計算式に従い2人以上配置かつ常時1人以上確保 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員→1以上 <input type="checkbox"/> 管理者→専従常勤 (共用型) <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護の利用者又は地域密着型介護老人福祉施設の入所者と当該共用型認知症対応型通所介護の利用者の数を合計した数について、認知症対応型共同生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設の規定を満たすために必要な数以上とすること。 <input type="checkbox"/> 利用者の計算方法は、3時間以上5時間未満の利用者については2分の1、5時間以上7時間未満の利用者については4分の3以上、7時間以上9時間未満の利用者については1を乗じて得た数とすること。
9 資格が必要な職種資格証明書				<input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員
10 運営規程				<input type="checkbox"/> 記載誤りがないことを確認(名称、所在地、職種・職員数、営業日、営業時間、サービス提供時間) ※ 他書類との整合性にも注意
11 苦情を処理するための措置の概要(標準様式5)				<input type="checkbox"/> 記録の保存とサービスの向上への活用 <input type="checkbox"/> 担当者名、電話番号、FAX、対応可能日時 <input type="checkbox"/> 行政機関等の相談窓口(埼玉県国民健康保険団体連合会、春日部市 介護保険担当課)
12 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(別紙3-2)				<input type="checkbox"/> 郵便番号、氏名、住所等の記載誤りがないことを確認
13 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1-3)				<input type="checkbox"/> 該当するサービス部分のみ記載し提出
14 取得する加算に応じた添付書類(介護職員処遇改善加算等計画書および変更届含む)				<input type="checkbox"/> 春日部市ホームページ「介護給付費算定に係る届け出」を参照
15 契約書・重要事項説明書				<input type="checkbox"/> 双方に不整合がないかを確認(キャンセル料金、支払方法等) <input type="checkbox"/> 介護報酬・加算状況を確認(料金表は春日部市の地域単価を反映させること)
16 介護サービス情報公表制度に係る基本情報報告様式(書面調査用)				<input type="checkbox"/> 報告様式は、埼玉県ホームページのサイト内検索で「介護サービス情報の公表」と検索
17 老人福祉法の届出				<input type="checkbox"/> 老人居宅生活支援事業開始届(他の施設との共用の場合)(様式第18号)若しくは老人デイサービスセンター設置届(単独型)(様式第21号)
18 指定地域密着型通所介護事業所等における宿泊サービスの実施等に関する届出書				<input type="checkbox"/> 宿泊サービスを行う場合は届出が必要

・上記申請書類一式の控え(コピー)は必ず事業所にて保管してください

申 送 事 項	1)
	2)
	3)

注) 次回の点検にもこの用紙と一緒に提出してください。

小規模多機能型居宅介護の申請書類一覧

※法人名		
※事業所の名称		
※連絡先	Tel	E-mail

※左記法人名等は記入して御持参ください。	1	2	3
点検日	/	/	/
対応職員			
※相談者名(申請法人以外ならばその関係)			

書 類(インデックスを付けてください。)	1	2	3	チェック内容
1 指定申請書(様式第1号)				<input type="checkbox"/> 記載誤りや不整合がないことを確認(名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・登記事項証明書・添付書類など)
2 指定に係る記載事項(付表3)				<input type="checkbox"/> 郵便番号の間違い注意 ※ 他書類との整合性に注意
3 商業登記事項証明書 ※ 登記情報サービス照会番号あるいは、直近3か月以内の原本				<input type="checkbox"/> 現在事項全部証明書又は履歴事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 目的の中に、介護給付にあつては「小規模多機能型居宅介護事業」・「地域密着型サービス事業」等、介護予防にあつては「介護予防小規模多機能型居宅介護事業」・「地域密着型介護予防サービス事業」等の適切な文言があるか
4 欠格事由に該当していない旨の誓約書(標準様式6及び別紙①③)				<input type="checkbox"/> 過去5年以内に介護保険法等に関して処分を受けた者はいない(欠格事由該当者はいない)ことを代表者が責任をもって確認した上で誓約されているか
5 平面図(標準様式3)				<input type="checkbox"/> 内法寸法で記載 <input type="checkbox"/> 居間及び食堂(3㎡/人) <input type="checkbox"/> 宿泊室(7.43㎡/人) <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> 洗面 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 事務室 <input type="checkbox"/> 必要な設備・備品(机・いす・パソコン・鍵付き書庫など) ※ 部屋等の広さの数値を記入
6 設備・備品等一覧表(標準様式4)				<input type="checkbox"/> 身体の不自由な方に適した構造であるか <input type="checkbox"/> 日照・採光・換気・衛生面に配慮されているか <input type="checkbox"/> 備品の充実(机、いす、パソコン、鍵付き書庫など) <input type="checkbox"/> 防災等への配慮・非常災害設備など
7 管理者の経歴(標準様式2)				<input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修修了証の写しの添付
8 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧(標準様式7)				
9 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-3)				<従業者> <input type="checkbox"/> 日中(通い)→常勤換算方法で3:1以上 <input type="checkbox"/> 日中(訪問)→常勤換算方法で1以上 <input type="checkbox"/> 夜間(夜勤職員)→時間帯を通じて1以上 <input type="checkbox"/> 夜間(宿直職員)→時間帯を通じて1以上 <input type="checkbox"/> 看護職員→従業者のうち1以上 <その他> <input type="checkbox"/> 介護支援専門員→居宅介護サービス計画・小規模多機能型居宅介護計画の作成に専従 <input type="checkbox"/> 管理者→専従常勤
10 資格が必要な職種資格証明書				<input type="checkbox"/> 代表者(認知症対応型サービス事業開設者研修の修了証) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員(介護支援専門員証、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の修了証) <input type="checkbox"/> 看護師または准看護師
11 運営規程				<input type="checkbox"/> 記載誤りがないことを確認(名称、所在地、職種・職員数、営業日、営業時間等) ※ 他書類との整合性にも注意
12 苦情を処理するための措置の概要(標準様式5)				<input type="checkbox"/> 記録の保存とサービスの向上への活用 <input type="checkbox"/> 担当者名、電話番号、FAX、対応可能日時 <input type="checkbox"/> 行政機関等の相談窓口(埼玉県国民健康保険団体連合会、春日部市の介護保険担当課)
13 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(別紙3-2)				<input type="checkbox"/> 郵便番号、氏名、住所等の記載誤りがないことを確認
14 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1-3)				<input type="checkbox"/> 該当するサービス部分のみ記載し提出
15 取得する加算に応じた添付書類(介護職員処遇改善加算等計画書および変更届含む)				<input type="checkbox"/> 春日部市ホームページ「介護給付費算定に係る届け出」を参照
16 契約書・重要事項説明書				<input type="checkbox"/> 双方に不整合がないかを確認(キャンセル料金、支払方法等) <input type="checkbox"/> 介護報酬・加算状況を確認(料金表は春日部市の地域単価を反映させること)
17 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容				<input type="checkbox"/> 診療科目名 <input type="checkbox"/> 契約書の写し
18 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要				
19 介護サービス情報公表制度に係る基本情報報告様式(書面調査用)				<input type="checkbox"/> 報告様式は、埼玉県ホームページのサイト内検索で「介護サービス情報の公表」と検索
20 老人福祉法の届出				<input type="checkbox"/> 老人居宅生活支援事業開始届(様式第18号)

・上記申請書類一式の控え(コピー)は必ず事業所にて保管してください

申 送 事 項	1)
	2)
	3)

注) 次回の点検にもこの用紙と一緒に提出してください。

認知症対応型共同生活介護の申請書類一覧

※法人名	
※事業所の名称	
※連絡先	Tel _____ E-mail _____

※左記法人名等は記入して御持参ください。	1	2	3
点検日	/	/	/
対応職員			
※相談者名(申請法人以外ならばその関係)			

書 類(インデックスを付けてください。)	1	2	3	チェック内容
1 指定申請書(様式第1号)				<input type="checkbox"/> 記載誤りや不整合がないことを確認(名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・登記事項証明書・添付書類など)
2 指定に係る記載事項(付表7)				<input type="checkbox"/> 郵便番号の間違い注意 ※ 他書類との整合性に注意
3 商業登記事項証明書 ※ 登記情報サービス照会番号あるいは、直近3か月以内の原本				<input type="checkbox"/> 現在事項全部証明書又は履歴事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 目的の中に、介護給付にあつては「認知症対応型共同生活介護事業」、「地域密着型サービス事業」、介護予防にあつては「介護予防認知症対応型共同生活介護事業」、「地域密着型介護予防サービス事業」等の適切な文言があるか
4 欠格事由に該当していない旨の誓約書(標準様式6及び別紙①③)				<input type="checkbox"/> 過去5年以内に介護保険法等に関して処分を受けた者はいない(欠格事由該当者はいない)ことを代表者が責任をもって確認した上で誓約されているか
5 平面図(標準様式3)				<input type="checkbox"/> 内法寸法で記載 <input type="checkbox"/> 居室(7.43㎡/人) <input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> 洗面 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 事務室 <input type="checkbox"/> 必要な設備・備品(机・いす・パソコン・鍵付き書庫など) ※ 部屋等の広さの数値を記入
6 設備・備品等一覧表(標準様式4)				<input type="checkbox"/> 身体の不自由な方に適した構造であるか <input type="checkbox"/> 日照・採光・換気・衛生面に配慮されているか <input type="checkbox"/> 備品の充実(机、いす、パソコン、鍵付き書庫など) <input type="checkbox"/> 防災等への配慮・非常災害設備など
7 管理者の経歴(標準様式2)				<input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修修了証の写しの添付
8 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧(標準様式7)				
9 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-4)				<input type="checkbox"/> 介護従事者(ユニットごと) → 1以上は常勤 日中:常勤換算方法で利用者3人に対し1以上 夜間・深夜:夜勤職員(宿直勤務を除く)を夜間・深夜の時間帯を通じて1以上 <input type="checkbox"/> 管理者(ユニットごと) → 常勤専従 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 → 1人は介護支援専門員を持って充てる
10 資格が必要な職種の資格証明書				<input type="checkbox"/> 代表者(認知症対応型サービス事業開設者研修の修了証) <input type="checkbox"/> 計画作成担当者(介護支援専門員証、認知症介護実践者研修又は実務者研修基礎課程の修了証)
11 運営規程				<input type="checkbox"/> 記載誤りがないことを確認(名称、所在地、職種、職員数、サービス内容、利用料その他の費用の額など) ※ 他書類との整合性にも注意
12 苦情を処理するための措置の概要(標準様式5)				<input type="checkbox"/> 記録の保存とサービスの向上への活用 <input type="checkbox"/> 担当者名、電話番号、FAX、対応可能日時 <input type="checkbox"/> 行政機関等の相談窓口(埼玉県国民健康保険団体連合会、春日部市の介護保険担当課)
13 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(別紙3-2)				<input type="checkbox"/> 郵便番号、氏名、住所等の記載誤りがないことを確認
14 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1-3)				<input type="checkbox"/> 該当するサービス部分のみ記載し提出
15 取得する加算に応じた添付書類(介護職員処遇改善加算等計画書および変更届含む)				<input type="checkbox"/> 春日部市ホームページ「介護給付費算定に係る届け出」を参照
16 契約書・重要事項説明書				<input type="checkbox"/> 双方に不整合がないかを確認(キャンセル料金、支払方法等) <input type="checkbox"/> 介護報酬・加算状況を確認(料金表は春日部市の地域単価を反映させること)
17 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容				<input type="checkbox"/> 診療科目名 <input type="checkbox"/> 契約書の写し
18 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要				
19 介護サービス情報公表制度に係る基本情報報告様式(書面調査用)				<input type="checkbox"/> 報告様式は、埼玉県ホームページのサイト内検索で「介護サービス情報の公表」と検索
20 老人福祉法の届出				<input type="checkbox"/> 老人居宅生活支援事業開始届(様式第18号)

・上記申請書類一式の控え(コピー)は必ず事業所にて保管してください

申 送 事 項	1)
	2)
	3)

注) 次回の点検にもこの用紙と一緒に提出してください。

看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)の申請書類一覧

※法人名		
※事業所の名称		
※連絡先	Tel	E-mail

※左記法人名等は記入して御持参ください。	1	2	3
点検日	/	/	/
対応職員			
※相談者名(申請法人以外ならばその関係)			

書 類(インデックスを付けてください。)	1	2	3	チェック内容
1 指定申請書(様式第1号)				<input type="checkbox"/> 記載誤りや不整合がないことを確認(名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・登記事項証明書・添付書類など)
2 指定に係る記載事項(付表10)				<input type="checkbox"/> 郵便番号の間違い注意 ※他書類との整合性に注意
3 商業登記事項証明書 ※登記情報サービス照会番号あるいは、直近3か月以内の原本				<input type="checkbox"/> 現在事項全部証明書又は履歴事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 目的の中に、「看護小規模多機能型居宅介護事業」、「地域密着型サービス事業」等の適切な文言があるか
4 欠格事由に該当していない旨の誓約書(標準様式6及び別紙①)				<input type="checkbox"/> 過去5年以内に介護保険法等に関して処分を受けた者はいない(欠格事由該当者はいない)ことを代表者が責任をもって確認した上で誓約されているか
5 平面図(標準様式3)				<input type="checkbox"/> 内法寸法で記載 □居間および食堂(3㎡/人) □宿泊室 (7.43㎡/人) □台所 □便所 □洗面 □浴室 □事務室 □必要な設備・備品(机・いす・パソコン・鍵付き書庫など) ※部屋等の広さの数値を記入
6 設備・備品等一覧表(標準様式4)				<input type="checkbox"/> 身体の不自由な方に適した構造であるか □日照・採光・換気・衛生面に配慮されているか <input type="checkbox"/> 備品の充実(机、いす、パソコン、鍵付き書庫など) □防災等への配慮・非常災害設備など
7 管理者の経歴(標準様式2)				<input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修修了証の写し (<input type="checkbox"/> 保健師又は看護師免許の写し)
8 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧(標準様式7)				
9 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-8)				<従業者> <input type="checkbox"/> 日中(通い)→常勤換算方法で3:1以上 □日中(訪問)→常勤換算方法で2以上 <input type="checkbox"/> 夜間(夜勤職員)→時間帯を通じて1以上 □夜間(宿直職員)→時間帯を通じて1以上 <input type="checkbox"/> 看護職員→介護従業者のうち常勤換算方法で2.5以上(うち1人以上は常勤の保健師又は看護師) <その他> <input type="checkbox"/> 介護支援専門員→居宅介護サービス計画・看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に専従 <input type="checkbox"/> 管理者→常勤専従
10 資格が必要な職種資格証明書				<input type="checkbox"/> 代表者(認知症対応型サービス事業開設者研修の修了証) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員(介護支援専門員証、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の修了証) <input type="checkbox"/> 看護師または准看護師
11 運営規程				<input type="checkbox"/> 記載誤りがないことを確認(名称、所在地、職種・職員数、営業日、営業時間等) ※他書類との整合性にも注意
12 苦情を処理するための措置の概要(標準様式5)				<input type="checkbox"/> 記録の保存とサービスの向上への活用 □担当者名、電話番号、FAX、対応可能日時 <input type="checkbox"/> 行政機関等の相談窓口(埼玉県国民健康保険団体連合会、春日部市の介護保険担当課)
13 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(別紙3-2)				<input type="checkbox"/> 郵便番号、氏名、住所等の記載誤りがないことを確認
14 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1-3)				<input type="checkbox"/> 該当するサービス部分のみ記載し提出
15 取得する加算に応じた添付書類(介護職員処遇改善加算等計画書および変更届含む)				<input type="checkbox"/> 春日部市ホームページ「介護給付費算定に係る届け出」を参照
16 契約書・重要事項説明書				<input type="checkbox"/> 双方に不整合がないかを確認(キャンセル料金、支払方法等) <input type="checkbox"/> 介護報酬・加算状況を確認(料金表は春日部市の地域単価を反映させること)
17 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容				<input type="checkbox"/> 診療科目名 <input type="checkbox"/> 契約書の写し
18 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要				
19 介護サービス情報公表制度に係る基本情報報告様式(書面調査用)				<input type="checkbox"/> 報告様式は、埼玉県ホームページのサイト内検索で「介護サービス情報の公表」と検索
20 老人福祉法の届出				<input type="checkbox"/> 老人居宅生活支援事業開始届(様式第18号)

・上記申請書類一式の控え(コピー)は必ず事業所に保管してください

申 送 事 項	1)
	2)
	3)

注) 次回の点検にもこの用紙と一緒に提出してください。

居宅介護支援の申請書類一覧

※法人名		
※事業所の名称		
※連絡先	Tel	E-mail

※左記法人名等は記入して御持参ください。	1	2	3
点検日	/	/	/
対応職員			
※相談者名(申請法人以外ならばその関係)			

書類(インデックスを付けてください。)	1	2	3	チェック内容
1 指定申請書(第1号様式)				<input type="checkbox"/> 記載誤りや不整合がないことを確認 (名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・登記事項証明書・添付書類など)
2 指定に係る記載事項(付表11)				<input type="checkbox"/> 郵便番号の間違い注意 ※ 他書類との整合性に注意
3 商業登記事項証明書 ※ 登記情報サービス照会番号あるいは、直近3か月以内の原本				<input type="checkbox"/> 現在事項全部証明書又は履歴事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 目的の中に、「介護保険法に基づく居宅介護支援事業」等の適切な文言があるか
4 欠格事由に該当していない旨の誓約書 (標準様式6及び別紙②)				<input type="checkbox"/> 過去5年以内に介護保険法等に関して処分を受けた者はいない(欠格事由該当者はいない)ことを代表者が責任をもって確認した上で誓約されているか
5 平面図(標準様式3)				<input type="checkbox"/> 事業の運営を行うために必要な広さを有する特定の区画(事務室、受付、相談スペースなど) <input type="checkbox"/> 必要な設備・備品(机・いす・パソコン・鍵付き書庫など) ※ 部屋等の広さの数値を記入。写真で確認するので、平面図に撮影した方向を記入。
6 主要な場所の写真				<input type="checkbox"/> 建物外観、玄関、事務室、相談スペース、上記の設備・備品など
7 管理者の経歴				<input type="checkbox"/> 管理者は主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員研修修了証の写し
8 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-11)				<input type="checkbox"/> 専ら職務に従事する常勤の管理者(主任介護支援専門員でなければ不可) <input type="checkbox"/> 常勤の介護支援専門員1人以上
9 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧(標準様式7)				
10 資格が必要な職種資格証明書				<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
11 運営規程				<input type="checkbox"/> 記載誤りがないことを確認(名称、所在地、勤務表、営業日、営業時間) ※ 他書類との整合性にも注意
12 苦情を処理するための措置の概要(標準様式5)				<input type="checkbox"/> 記録の保存とサービスの向上への活用 <input type="checkbox"/> 担当者名、電話番号、FAX、対応可能日時 <input type="checkbox"/> 行政機関等の相談窓口(埼玉県国民健康保険団体連合会、春日部市 介護保険担当課)
13 関係市町村並びに他の保健医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携内容				<input type="checkbox"/> 内容の点検
14 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(別紙3-2)				<input type="checkbox"/> 郵便番号、氏名、住所等の記載誤りがないことを確認
15 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1)				<input type="checkbox"/> 該当するサービス部分のみ記載し提出
16 取得する加算に応じた添付書類				<input type="checkbox"/> 春日部市ホームページ「介護給付費算定に係る届け出」を参照
17 契約書・重要事項説明書				<input type="checkbox"/> 双方に不整合がないかを確認(キャンセル料金、支払方法等) <input type="checkbox"/> 介護報酬・加算状況を確認(料金表は春日部市の地域単価を反映させること)
18 介護サービス情報公表制度に係る基本情報報告様式(書面調査用)				<input type="checkbox"/> 報告様式は、埼玉県ホームページのサイト内検索で「介護サービス情報の公表」と検索

・上記申請書類一式の控え(コピー)は必ず事業所にて保管してください

申 送 事 項	1)
	2)
	3)

注) 次回の点検にもこの用紙と一緒に提出してください。

介護予防支援の申請書類一覧

※法人名	
※事業所の名称	
※連絡先	Tel _____ E-mail _____

※左記法人名等は記入して御持参ください。	1	2	3
点検日	/	/	/
対応職員			
※相談者名(申請法人以外ならばその関係)			

・春日部市で「居宅介護支援事業」の指定を受けている場合には、右記No.の書類のみご提出ください。(No.1・2・3・4・7・8・10・13・14・15・16)
 ・No.9については、有効期限の確認のため提出を求め場合があります。

書 類(インデックスを付けてください。)	1	2	3	チェック内容
1 指定申請書(第1号様式)				<input type="checkbox"/> 記載誤りや不整合がないことを確認 (名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・登記事項証明書・添付書類など)
2 指定に係る記載事項(付表12)				<input type="checkbox"/> 郵便番号の間違い注意 ※ 他書類との整合性に注意
3 商業登記事項証明書 ※ 登記情報サービス照会番号あるいは、直近3か月以内の原本				<input type="checkbox"/> 現在事項全部証明書又は履歴事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 目的の中に、「介護保険法に基づく介護予防支援事業」等の適切な文言があるか
4 欠格事由に該当していない旨の誓約書 (標準様式6及び別紙④)				<input type="checkbox"/> 過去5年以内に介護保険法等に関して処分を受けた者はいない(欠格事由該当者はいない)ことを代表者が責任をもって確認した上で誓約されているか
5 平面図(標準様式3)				<input type="checkbox"/> 事業の運営を行うために必要な広さを有する特定の区画(事務室、受付、相談スペースなど) <input type="checkbox"/> 必要な設備・備品(机・いす・パソコン・鍵付き書庫など) ※ 部屋等の広さの数値を記入。写真で確認するので、平面図に撮影した方向を記入。
6 主要な場所の写真				<input type="checkbox"/> 建物外観、玄関、事務室、相談スペース、上記の設備・備品など
7 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-11)				<input type="checkbox"/> 専ら職務に従事する常勤の管理者(主任介護支援専門員でなければ不可) <input type="checkbox"/> 常勤の介護支援専門員1人以上
8 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧(標準様式7)				
9 資格が必要な職種の資格証明書				<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
10 運営規程				<input type="checkbox"/> 記載誤りがないことを確認(名称、所在地、勤務表、営業日、営業時間) ※ 他書類との整合性にも注意
11 苦情を処理するための措置の概要(標準様式5)				<input type="checkbox"/> 記録の保存とサービスの向上への活用 <input type="checkbox"/> 担当者名、電話番号、FAX、対応可能日時 <input type="checkbox"/> 行政機関等の相談窓口(埼玉県国民健康保険団体連合会、春日部市 介護保険担当課)
12 関係市町村並びに他の保健医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携内容				<input type="checkbox"/> 内容の点検
13 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(別紙3-2)				<input type="checkbox"/> 郵便番号、氏名、住所等の記載誤りがないことを確認
14 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1)				<input type="checkbox"/> 該当するサービス部分のみ記載し提出
15 取得する加算に応じた添付書類				<input type="checkbox"/> 春日部市ホームページ「介護給付費算定に係る届け出」を参照
16 契約書・重要事項説明書				<input type="checkbox"/> 双方に不整合がないかを確認(キャンセル料金、支払方法等) <input type="checkbox"/> 介護報酬・加算状況を確認(料金表は春日部市の地域単価を反映させること)
17 介護サービス情報公表制度に係る基本情報報告様式(書面調査用)				<input type="checkbox"/> 報告様式は、埼玉県ホームページのサイト内検索で「介護サービス情報の公表」と検索

・上記申請書類一式の控え(コピー)は必ず事業所にて保管してください

申 送 事 項	1)
	2)
	3)

注) 次回の点検にもこの用紙と一緒に提出してください。

介護予防訪問介護相当サービス・訪問型サービスAの申請書類一覧

※法人名	
※事業所の名称	
※連絡先	Tel _____ E-mail _____

※左記法人名等は記入して御持参ください。	1	2	3
点検日	/	/	/
対応職員			
※相談者名(申請法人以外ならばその関係)			

書類(インデックスを付けてください。)	1	2	3	チェック内容
1 指定申請書(様式第1号)				<input type="checkbox"/> 記載誤りや不整合がないことを確認 (名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・登記事項証明書・添付書類など) <input type="checkbox"/> 郵便番号の間違い注意
2 指定に係る記載事項(付表1)				
3 商業登記事項証明書 ※ 登記情報サービス照会番号あるいは、直近3か月以内の原本				<input type="checkbox"/> 現在事項全部証明書又は履歴事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 目的の中に、「介護予防・日常生活支援総合事業」・「第1号訪問事業」等の適切な文言があるか
4 介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書(標準様式5)				<input type="checkbox"/> 過去5年以内に介護保険法等に関して処分を受けた者はいない(欠格事由該当者はいない)ことを代表者が責任をもって確認した上で誓約されているか
5 平面図(標準様式2)				<input type="checkbox"/> 事業の運営を行うために必要な広さを有する特定の区画(事務室、受付、相談スペースなど) <input type="checkbox"/> 必要な設備・備品(机・いす・パソコン・鍵付き書庫など) (※写真で確認するので、平面図に撮影した方向を記入。)
6 主要な場所の写真				<input type="checkbox"/> 建物の外観、玄関、事務室、洗面所、相談スペース、上記の設備・備品
7 サービス提供責任者の経歴				【「サービス提供責任者の経歴」は下記の書類】 <input type="checkbox"/> 介護福祉士の場合、「介護福祉士登録証」 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程修了者及び訪問介護に関する1級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」 <input type="checkbox"/> 訪問介護に関する2級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」及び「3年以上介護等の業務に従事したことがわかる書類」
7 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-1)				【介護予防訪問介護相当サービス】 <input type="checkbox"/> 専ら職務に従事する常勤の管理者 <input type="checkbox"/> 常勤の訪問介護員等で専ら職務に従事する者のうち1人以上のサービス提供責任者(サービス提供責任者の適切な人員配置) <input type="checkbox"/> 訪問介護員等を常勤換算で2.5人以上 <input type="checkbox"/> 利用者の推定数 【訪問型サービスA】 <input type="checkbox"/> 専ら職務に従事する管理者 <input type="checkbox"/> 従事者1人以上 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者又は訪問事業責任者(従事者のうち必要数)
8 資格が必要な職種の資格証明書				<input type="checkbox"/> 訪問介護員
9 運営規程				<input type="checkbox"/> 記載誤りがないことを確認(名称、所在地、勤務表、営業日、営業時間) ※他書類との整合性に注意
10 苦情を処理するための措置の概要(標準様式4)				<input type="checkbox"/> 記録の保存とサービスの向上への活用 <input type="checkbox"/> 担当者名、電話番号、FAX、対応可能日時 <input type="checkbox"/> 行政機関等の相談窓口(埼玉県国民健康保険団体連合会、春日部市 介護保険担当課)
11 総合事業費算定に係る体制等に関する届出書(別紙36)(訪問型サービスAは不要)				<input type="checkbox"/> 郵便番号、氏名、住所等の記載誤りがないことを確認
12 総合事業費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1-4)(訪問型サービスAは不要)				<input type="checkbox"/> 該当するサービス部分のみ記載し提出
13 取得する加算に応じた添付書類(介護職員処遇改善加算等計画書および変更届含む)				<input type="checkbox"/> 春日部市ホームページ「介護給付費算定に係る届け出」を参照
14 契約書・重要事項説明書				<input type="checkbox"/> 双方に不整合がないかを確認(キャンセル料金、支払方法等) <input type="checkbox"/> 介護報酬・加算状況を確認(料金表は春日部市の地域単価を反映させること)

・上記申請書類一式の控え(コピー)は必ず事業所にて保管してください

申 送 事 項	1)
	2)
	3)

注) 次回の点検にもこの用紙と一緒に提出してください。

介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスAの申請書類一覧

※法人名		
※事業所の名称		
※連絡先	Tel	E-mail

※左記法人名等は記入して御持参ください。	1	2	3
点検日	/	/	/
対応職員			
※相談者名(申請法人以外ならばその関係)			

・「地域密着型通所介護」と一体的に提供する場合には、右記No.の書類のみご提出ください。(No.1・2・4・(8)・10・12・13・14・(15))

書 類 (インデックスを付けてください。)	1	2	3	チェック内容
1 指定申請書(第1号様式)				<input type="checkbox"/> 記載誤りや不整合がないことを確認 (名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・登記事項証明書・添付書類など)
2 指定に係る記載事項(付表2)				<input type="checkbox"/> 郵便番号の間違い注意
3 商業登記事項証明書 ※ 登記情報サービス照会番号あるいは、直近3か月以内の原本				<input type="checkbox"/> 現在事項全部証明書又は履歴事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 目的の中に、「介護予防・日常生活支援総合事業」・「第1号通所事業」等の適切な文言があるか
4 介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書(標準様式5)				<input type="checkbox"/> 過去5年以内に介護保険法等に関して処分を受けた者はいない(欠格事由該当者はいない)ことを代表者が責任をもって確認した上で誓約されているか
5 平面図(標準様式2)				【介護予防通所介護相当サービス】 <input type="checkbox"/> 事業の運営を行うために必要な広さを有する特定の区画(事務室、受付、相談室、静養室など) <input type="checkbox"/> 食堂及び機能訓練室(3㎡/人) <input type="checkbox"/> 必要な設備・備品(トイレ・机・いす・パソコン・鍵付き書庫など)(※部屋等の広さの数値を記入。面積要件のある食堂及び機能訓練室については、寸法や計算式などを併記して積算の過程及び根拠を示すこと。写真と照合して確認するので、平面図に撮影した方向を記入。) 【通所型サービスA】 <input type="checkbox"/> サービスを提供するために必要な専用区画(3㎡/人) <input type="checkbox"/> 必要な設備・備品
6 設備・備品等一覧表(標準様式3)				<input type="checkbox"/> 身体の不自由な方に適した構造であるか <input type="checkbox"/> 日照・採光・換気・衛生面に配慮されているか <input type="checkbox"/> 備品の充実(机、いす、パソコン、鍵付き書庫など) <input type="checkbox"/> 防災等への配慮・非常災害設備など(※写真で確認する)
7 主要な場所の写真				<input type="checkbox"/> 建物外観、玄関、上記の各部屋、上記の設備・備品
8 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-2)				【介護予防通所介護相当サービス】 <input type="checkbox"/> 専ら職務に従事する常勤の管理者 <input type="checkbox"/> 提供時間数に応じて生活相談員1人以上 <input type="checkbox"/> 単位ごとに提供時間数に応じて介護職員が利用者15人までは1人以上、15人を超える場合は、15人を超える部分の利用者の数を5で除して得た数に1を加えた数以上 <input type="checkbox"/> 単位ごとに専従の看護職員1人以上(10人以下の特例あり) <input type="checkbox"/> 生活相談員又は介護職員の1人以上は常勤 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員1人以上 【通所型サービスA】 <input type="checkbox"/> 専ら職務に従事する管理者1人以上 <input type="checkbox"/> 従事者(利用者15人までは1人以上、15人を超える場合は、15人を超える部分の利用者1人当たりに対して必要数)
9 資格が必要な職種の資格証明書				<input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員
10 運営規程				<input type="checkbox"/> 記載誤りがないことを確認(名称、所在地、職種・職員数、営業日、営業時間、サービス提供時間) ※他書類との整合性にも注意
11 苦情を処理するための措置の概要(標準様式4)				<input type="checkbox"/> 記録の保存とサービスの向上への活用 <input type="checkbox"/> 担当者名、電話番号、FAX、対応可能日時 <input type="checkbox"/> 行政機関等の相談窓口(埼玉県国民健康保険団体連合会、春日部市の介護保険担当課)
12 総合事業費算定に係る体制等に関する届出書(別紙36)(通所型サービスAは不要)				<input type="checkbox"/> 郵便番号、氏名、住所等の記載誤りがないことを確認
13 総合事業費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1-4)(通所型サービスAは不要)				<input type="checkbox"/> 該当するサービス部分のみ記載し提出
14 取得する加算に応じた添付書類(介護職員処遇改善加算等計画書および変更届含む)				<input type="checkbox"/> 春日部市ホームページ「介護給付費算定に係る届け出」を参照
15 契約書・重要事項説明書				<input type="checkbox"/> 双方に不整合がないかを確認(キャンセル料金、支払方法等) <input type="checkbox"/> 介護報酬・加算状況を確認(料金表は春日部市の地域単価を反映させること)

・上記申請書類一式の控え(コピー)は必ず事業所にて保管してください

申 送 事 項	1)
	2)
	3)

注) 次回の点検にもこの用紙を一緒に提出してください。

【変更届添付書類一覧】

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」事業所変更届 添付書類一覧表

No.	変更項目	添付書類	チェック
変更届出書(表紙)			<input type="checkbox"/>
1	事業所(施設)の名称	・付表1	<input type="checkbox"/>
		・運営規程	<input type="checkbox"/>
2	<要事前相談> 事業所(施設)の所在地	・付表1	<input type="checkbox"/>
		・平面図(標準様式3)(法令上の室名、設備、備品等を記入)	<input type="checkbox"/>
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	<input type="checkbox"/>
		・運営規程	<input type="checkbox"/>
3	申請者の名称	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
4	主たる事務所の所在地	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
5	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所及び職名 ※代表者の氏名にはフリガナを記載してください	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
		・欠格事由に該当しない旨の誓約書及び別紙①(標準様式6) ※代表者の姓、住所の変更のみの場合は不要	<input type="checkbox"/>
6	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
7	<要事前相談> 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等及び設備の概要	・平面図(標準様式3)(法令上の室名、設備、備品等を記入/併設サービスがある場合はマーカー等でサービスごとに色分けする)	<input type="checkbox"/>
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	<input type="checkbox"/>
8	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 ※既に就任している管理者の住所のみ変更する場合、「付表」のみ提出	・付表1	<input type="checkbox"/>
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-7)	<input type="checkbox"/>
		・資格証の写し(要有資格の従業者と兼務の場合提出)	<input type="checkbox"/>
9	運営規程	・運営規程(変更部分分かるようマーキング等をしてください。)	<input type="checkbox"/>
		・付表1(付表の記載内容が変わる変更の場合提出)	<input type="checkbox"/>
		(定員増加等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、以下提出)	
		・資格証の写し	<input type="checkbox"/>
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-7)	<input type="checkbox"/>
10	連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地	・付表1	<input type="checkbox"/>

※変更後、10日以内に届出をお願いします。

※1回の届出で複数項目を変更する等、同一の添付書類が重複する場合、1つだけ提出していただければ結構です。

※変更内容によっては、添付書類以外の書類を提出いただく場合があります。

「地域密着型通所介護(療養型、共生型を含む)」事業所変更届 添付書類一覧表

No.	変更項目	添付書類	チェック
変更届出書(表紙)			<input type="checkbox"/>
1	事業所(施設)の名称	・付表3	<input type="checkbox"/>
		・運営規程	<input type="checkbox"/>
2	<要事前相談> 事業所(施設)の所在地	・付表3	<input type="checkbox"/>
		・平面図(標準様式3)(法令上の室名、面積[m ²]、設備、備品等を記入)	<input type="checkbox"/>
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	<input type="checkbox"/>
		・運営規程	<input type="checkbox"/>
3	申請者の名称	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
4	主たる事務所の所在地	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
5	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所及び職名 ※代表者の氏名にはフリガナを記載してください	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
		・欠格事由に該当しない旨の誓約書及び別紙①(標準様式あり) ※代表者の姓、住所の変更のみの場合は不要	<input type="checkbox"/>
6	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
7	共生型サービスの該当の有無	・共生型障害福祉サービスの指定書(写し)	<input type="checkbox"/>
8	<要事前相談> 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等及び設備の概要	・平面図(標準様式3)(法令上の室名、面積[m ²]、設備、備品等を記入/併設サービスがある場合はマーカー等でサービスごとに色分けする)	<input type="checkbox"/>
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	<input type="checkbox"/>
		・設備・備品等一覧表(標準様式4)(設備に変更がある場合)	<input type="checkbox"/>
		・付表3(面積等、付表記載内容に変更がある場合)	<input type="checkbox"/>
9	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 ※既に就任している管理者の住所のみ変更する場合、「付表」のみ提出	・付表3	<input type="checkbox"/>
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-9、療養通所は1-10)	<input type="checkbox"/>
		・資格証の写し(要有資格の従業者と兼務の場合提出)	<input type="checkbox"/>
10	運営規程 ※利用定員の変更(増加)の場合は、 要事前相談	・運営規程(変更部分分かるようマーキング等をしてください。)	<input type="checkbox"/>
		・付表3(付表の記載内容が変わる変更の場合提出)	<input type="checkbox"/>
		(定員増加等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、以下提出)	
		・資格証の写し	<input type="checkbox"/>
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1)	<input type="checkbox"/>

※変更後、10日以内に届出をお願いします。

※1回の届出で複数項目を変更する等、同一の添付書類が重複する場合、1つだけ提出していただければ結構です。

※変更内容によっては、添付書類以外の書類を提出いただく場合があります。

「(介護予防)認知症対応型通所介護」事業所変更届 添付書類一覧表

No.	変更項目	添付書類	チェック
変更届出書(表紙)			<input type="checkbox"/>
1	事業所(施設)の名称	・付表4、5	<input type="checkbox"/>
		・運営規程	<input type="checkbox"/>
2	<要事前相談> 事業所(施設)の所在地	・付表4、5	<input type="checkbox"/>
		・平面図(標準様式3)(法令上の室名、面積[m ²]、設備、備品等を記入)	<input type="checkbox"/>
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	<input type="checkbox"/>
		・運営規程	<input type="checkbox"/>
3	申請者の名称	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
4	主たる事務所の所在地	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
5	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所及び職名 ※代表者の氏名にはフリガナを記載してください	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
		・欠格事由に該当しない旨の誓約書及び別紙①③(標準様式6) ※代表者の姓、住所の変更のみの場合は不要	<input type="checkbox"/>
6	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
7	<要事前相談> 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等及び設備の概要	・平面図(標準様式3)(法令上の室名、面積[m ²]、設備、備品等を記入/併設サービスがある場合はマーカー等でサービスごとに色分けする)	<input type="checkbox"/>
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	<input type="checkbox"/>
		・設備・備品等一覧表(標準様式4)(設備に変更がある場合)	<input type="checkbox"/>
		・付表4、5(面積等、付表記載内容に変更がある場合)	<input type="checkbox"/>
8	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 ※既に就任している管理者の住所のみ変更する場合、「付表」のみ提出	・付表4、5	<input type="checkbox"/>
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-2)	<input type="checkbox"/>
		・管理者経歴(標準様式2)	<input type="checkbox"/>
		・認知症対応型サービス事業管理者研修修了証の写し	<input type="checkbox"/>
		・資格証の写し(要有資格の従業者と兼務の場合提出)	<input type="checkbox"/>
9	運営規程	・運営規程(変更部分分かるようマーキング等をしてください。)	<input type="checkbox"/>
		・付表4、5(付表の記載内容が変わる変更の場合提出)	<input type="checkbox"/>
		(定員増加等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、以下提出)	
		・資格証の写し	<input type="checkbox"/>
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-2)	<input type="checkbox"/>

※変更後、10日以内に届出をお願いします。

※1回の届出で複数項目を変更する等、同一の添付書類が重複する場合、1つだけ提出していただければ結構です。

※変更内容によっては、添付書類以外の書類を提出いただく場合があります。

「(介護予防)小規模多機能型居宅介護」事業所変更届 添付書類一覧表

No.	変更項目	添付書類	チェック
変更届出書(表紙)			<input type="checkbox"/>
1	事業所(施設)の名称	・付表6	<input type="checkbox"/>
		・運営規程	<input type="checkbox"/>
2	<要事前相談> 事業所(施設)の所在地	・付表6	<input type="checkbox"/>
		・平面図(標準様式3)(法令上の室名、面積[m ²]、設備、備品等を記入)	<input type="checkbox"/>
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	<input type="checkbox"/>
		・運営規程	<input type="checkbox"/>
3	申請者の名称	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、 原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
4	主たる事務所の所在地	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、 原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
5	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所及び職名 ※代表者の氏名にはフリガナを記載してください	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、 原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
		・欠格事由に該当しない旨の誓約書及び別紙①③(標準様式6) ※代表者の姓、住所の変更のみの場合は不要	<input type="checkbox"/>
		・認知症対応型サービス事業開設者研修修了証の写し	<input type="checkbox"/>
6	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、 原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
7	<要事前相談> 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等及び設備の概要	・平面図(標準様式3)(法令上の室名、面積[m ²]、設備、備品等を 記入/併設サービスがある場合はマーカー等でサービスごとに色 分けする)	<input type="checkbox"/>
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	<input type="checkbox"/>
		・設備・備品等一覧表(標準様式4)(設備に変更がある場合)	<input type="checkbox"/>
		・付表6(面積等、付表記載内容に変更がある場合)	<input type="checkbox"/>
8	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 ※既に就任している管理者の住所のみ変更する場合、「付表」のみ提出	・付表6	<input type="checkbox"/>
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-3)	<input type="checkbox"/>
		・管理者経歴書(標準様式2)	<input type="checkbox"/>
		・認知症対応型サービス事業管理者研修修了証の写し	<input type="checkbox"/>
		・資格証の写し(要有資格の従業者と兼務の場合提出)	<input type="checkbox"/>
9	運営規程	・運営規程(変更部分が見えるようマーキング等をしてください。)	<input type="checkbox"/>
		・付表6(付表の記載内容が変わる変更の場合提出)	<input type="checkbox"/>
10	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関	・付表6	<input type="checkbox"/>
		・契約書等の写し	<input type="checkbox"/>
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	・任意様式	<input type="checkbox"/>
12	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	・付表6	<input type="checkbox"/>
		・当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧(標準様式7)	<input type="checkbox"/>
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-3)	<input type="checkbox"/>
		・資格証の写し	<input type="checkbox"/>

※変更後、10日以内に届出をお願いします。

※1回の届出で複数項目を変更する等、同一の添付書類が重複する場合、1つだけ提出していただければ結構です。

※変更内容によっては、添付書類以外の書類を提出いただく場合があります。

「(介護予防)認知症対応型共同生活介護」事業所変更届 添付書類一覧表

No.	変更項目	添付書類	チェック
変更届出書(表紙)			<input type="checkbox"/>
1	事業所(施設)の名称	・付表7	<input type="checkbox"/>
		・運営規程	<input type="checkbox"/>
2	<要事前相談> 事業所(施設)の所在地	・付表7	<input type="checkbox"/>
		・平面図(標準様式3)(法令上の室名、面積[m ²]、設備、備品等を記入)	<input type="checkbox"/>
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	<input type="checkbox"/>
		・運営規程	<input type="checkbox"/>
3	申請者の名称	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、 原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
4	主たる事務所の所在地	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、 原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
5	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所及び職名 ※代表者の氏名にはフリガナを記載してください	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、 原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
		・欠格事由に該当しない旨の誓約書及び別紙①③(標準様式6) ※代表者の姓、住所の変更のみの場合は不要	<input type="checkbox"/>
		・認知症対応型サービス事業開設者研修修了証の写し	<input type="checkbox"/>
6	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、 原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
7	<要事前相談> 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等及び設備の概要	・平面図(標準様式3)(法令上の室名、面積[m ²]、設備、備品等を記入/併設サービスがある場合はマーカー等でサービスごとに色分けする)	<input type="checkbox"/>
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	<input type="checkbox"/>
		・設備・備品等一覧表(標準様式4)(設備に変更がある場合)	<input type="checkbox"/>
		・付表7(付表記載内容に変更がある場合)	<input type="checkbox"/>
8	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 ※既に就任している管理者の住所のみ変更する場合、「付表」のみ提出	・付表7	<input type="checkbox"/>
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-4)	<input type="checkbox"/>
		・管理者経歴書(標準様式2)	<input type="checkbox"/>
		・認知症対応型サービス事業管理者研修修了証の写し	<input type="checkbox"/>
		・資格証の写し(要有資格の従業者と兼務の場合提出)	<input type="checkbox"/>
9	運営規程	・運営規程(変更部分分かるようマーキング等をしてください。)	<input type="checkbox"/>
		・付表7(付表の記載内容が変わる変更の場合提出)	<input type="checkbox"/>
10	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関	・付表7	<input type="checkbox"/>
		・契約書等の写し	<input type="checkbox"/>
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	・任意様式	<input type="checkbox"/>
12	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	・付表7	<input type="checkbox"/>
		・当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧(標準様式7)	<input type="checkbox"/>
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-4)	<input type="checkbox"/>
		・資格証の写し	<input type="checkbox"/>

※変更後、10日以内に届出をお願いします。

※1回の届出で複数項目を変更する等、同一の添付書類が重複する場合、1つだけ提出していただければ結構です。

※変更内容によっては、添付書類以外の書類を提出いただく場合があります。

「看護小規模多機能型居宅介護」事業所変更届 添付書類一覧表

No.	変更項目	添付書類	チェック
変更届出書(表紙)			<input type="checkbox"/>
1	事業所(施設)の名称	・付表10	<input type="checkbox"/>
		・運営規程	<input type="checkbox"/>
2	<要事前相談> 事業所(施設)の所在地	・付表10	<input type="checkbox"/>
		・平面図(標準様式3)(法令上の室名、面積[m ²]、設備、備品等を記入)	<input type="checkbox"/>
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	<input type="checkbox"/>
		・運営規程	<input type="checkbox"/>
3	申請者の名称	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、 原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
4	主たる事務所の所在地	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、 原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
5	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所及び職名 ※代表者の氏名にはフリガナを記載してください	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、 原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
		・欠格事由に該当しない旨の誓約書及び別紙①(標準様式6) ※代表者の姓、住所の変更のみの場合は不要	<input type="checkbox"/>
		・認知症対応型サービス事業開設者研修修了証の写し ※代表者が保険師又は看護師の場合は不要	<input type="checkbox"/>
6	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、 原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
7	<要事前相談> 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等及び設備の概要	・平面図(標準様式3)(法令上の室名、面積[m ²]、設備、備品等を記入/併設サービスがある場合はマーカー等でサービスごとに色分けする)	<input type="checkbox"/>
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	<input type="checkbox"/>
		・設備・備品等一覧表(標準様式4)(設備に変更がある場合)	<input type="checkbox"/>
		・付表10(面積等、付表記載内容に変更がある場合)	<input type="checkbox"/>
8	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 ※既に就任している管理者の住所のみ変更する場合、「付表」のみ提出	・付表10	<input type="checkbox"/>
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-8)	<input type="checkbox"/>
		・管理者経歴(標準様式2)	<input type="checkbox"/>
		・認知症対応型サービス事業管理者研修修了証の写し ※管理者が保健師又は看護師の場合は不要	<input type="checkbox"/>
		・資格証の写し(要有資格の従業者と兼務の場合提出)	<input type="checkbox"/>
9	運営規程	・運営規程(変更部分分かるようマーキング等をしてください。)	<input type="checkbox"/>
		・付表10(付表の記載内容が変わる変更の場合提出)	<input type="checkbox"/>
10	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関	・付表10	<input type="checkbox"/>
		・契約書等の写し	<input type="checkbox"/>
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	・任意様式	<input type="checkbox"/>
12	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	・付表10	<input type="checkbox"/>
		・当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧(標準様式7)	<input type="checkbox"/>
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-8)	<input type="checkbox"/>
		・資格証の写し	<input type="checkbox"/>

※変更後、10日以内に届出をお願いします。

※1回の届出で複数項目を変更する等、同一の添付書類が重複する場合、1つだけ提出していただければ結構です。

※変更内容によっては、添付書類以外の書類を提出いただく場合があります。

「居宅介護支援」事業所変更届 添付書類一覧表

No.	変更項目	添付書類	チェック
変更届出書(表紙)			<input type="checkbox"/>
1	事業所(施設)の名称	・付表11	<input type="checkbox"/>
		・運営規程	<input type="checkbox"/>
2	＜要事前相談＞ 事業所(施設)の所在地	・付表11	<input type="checkbox"/>
		・平面図(標準様式3)(法令上の室名、面積[m ²]、設備、備品等を記入)	<input type="checkbox"/>
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	<input type="checkbox"/>
		・運営規程	<input type="checkbox"/>
3	申請者の名称	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
4	主たる事務所の所在地	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
5	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
		・欠格事由に該当しない旨の誓約書及び別紙②(標準様式6) ※代表者の姓、住所の変更のみの場合は不要	<input type="checkbox"/>
6	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
7	＜要事前相談＞ 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等	・平面図(標準様式3)(法令上の室名、面積[m ²]、設備、備品等を記入/併設サービスがある場合はマーカー等でサービスごとに色分けする)	<input type="checkbox"/>
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	<input type="checkbox"/>
8	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 ※既に就任している管理者の住所のみ変更する場合、「付表」のみ提出	・付表11	<input type="checkbox"/>
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-11)	<input type="checkbox"/>
		・管理者経歴(主任介護支援専門員研修修了証の写し)	<input type="checkbox"/>
		(やむを得ない理由で、介護支援専門員が管理者になる時、以下提出)	
		・管理者確保のための計画 ※必ず、事前に介護保険課へ相談してください。	<input type="checkbox"/>
9	運営規程	・運営規程(変更部分分かるようマーキング等をしてください。)	<input type="checkbox"/>
		・付表11(付表の記載内容が変わる変更の場合提出)	<input type="checkbox"/>
10	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	・付表11	<input type="checkbox"/>
		・当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧(標準様式7)	<input type="checkbox"/>
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-11)	<input type="checkbox"/>
		・資格証の写し	<input type="checkbox"/>

※変更後、10日以内に届出をお願いします。

※1回の届出で複数項目を変更する等、同一の添付書類が重複する場合、1つだけ提出していただければ結構です。

※変更内容によっては、添付書類以外の書類を提出いただく場合があります。

「介護予防支援」事業所変更届 添付書類一覧表

No.	変更項目	添付書類	チェック
変更届出書(表紙)			<input type="checkbox"/>
1	事業所(施設)の名称	・付表12	<input type="checkbox"/>
		・運営規程	<input type="checkbox"/>
2	<要事前相談> 事業所(施設)の所在地	・付表12	<input type="checkbox"/>
		・平面図(標準様式3)(法令上の室名、面積[m ²]、設備、備品等を記入)	<input type="checkbox"/>
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	<input type="checkbox"/>
		・運営規程	<input type="checkbox"/>
3	申請者の名称	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
4	主たる事務所の所在地	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
5	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
		・欠格事由に該当しない旨の誓約書及び別紙④(標準様式6) ※代表者の姓、住所の変更のみの場合は不要	<input type="checkbox"/>
6	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
7	<要事前相談> 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等	・平面図(標準様式3)(法令上の室名、面積[m ²]、設備、備品等を記入/併設サービスがある場合はマーカー等でサービスごとに色分けする)	<input type="checkbox"/>
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	<input type="checkbox"/>
8	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 ※既に就任している管理者の住所のみ変更する場合、「付表」のみ提出	・付表12	<input type="checkbox"/>
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-11)	<input type="checkbox"/>
		・管理者経歴(主任介護支援専門員研修修了証の写し)	<input type="checkbox"/>
		・資格証の写し	<input type="checkbox"/>
9	運営規程	・運営規程(変更部分分かるようマーキング等をしてください。)	<input type="checkbox"/>
		・付表12(付表の記載内容が変わる変更の場合提出)	<input type="checkbox"/>
10	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	・付表12	<input type="checkbox"/>
		・当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧(標準様式7)	<input type="checkbox"/>
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-11)	<input type="checkbox"/>
		・資格証の写し	<input type="checkbox"/>

※変更後、10日以内に届出をお願いします。

※1回の届出で複数項目を変更する等、同一の添付書類が重複する場合、1つだけ提出していただければ結構です。

※変更内容によっては、添付書類以外の書類を提出いただく場合があります。

「介護予防訪問介護相当サービス・訪問型サービスA」事業所変更届 添付書類一覧表

変更届出書(表紙)		□	
No.	変更項目	添付書類	チェック
1	事業所(施設)の名称	・付表1	□
		・運営規程	□
2	<要事前相談> 事業所(施設)の所在地	・付表1	□
		・平面図(標準様式2)(法令上の室名、設備、備品等を記入)	□
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	□
		・運営規程	□
3	申請者の名称	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	□
4	主たる事務所の所在地	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	□
5	代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	□
		・介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書(標準様式5) ※代表者の姓、住所の変更のみの場合は、誓約書は不要	□
6	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	□
7	<要事前相談> 事業所(施設)の建物の構造、専用区画	・平面図(標準様式2)(法令上の室名、設備、備品等を記入/併設サービスがある場合はマーカー等でサービスごとに色分けする)	□
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	□
		・付表1(付表記載内容に変更がある場合)	(□)
8	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 ※既に就任している者の住所のみ変更する場合、「付表」のみ提出	・付表1	□
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-1)	□
		・資格証の写し(要有資格の従業者と兼務の場合提出)	(□)
9	サービス提供責任者・訪問事業責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 ※既に就任している者の住所のみ変更する場合、「付表」のみ提出	・付表1	□
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-1)	□
		・資格証の写し	□
		・運営規程(運営規定に変更がある場合)	(□)
10	運営規程	・運営規程(変更部分分かるようマーキング等をしてください。)	□
		・付表1(付表の記載内容に変更がある場合)	(□)

※変更後、10日以内に届出をお願いします。

※1回の届出で複数項目を変更する等、同一の添付書類が重複する場合、1つだけ提出していただければ結構です。

※変更内容によっては、添付書類以外の書類を提出いただく場合があります。

「介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスA」事業所変更届 添付書類一覧表

変更届出書(表紙)			<input type="checkbox"/>
No.	変更項目	添付書類	チェック
1	事業所(施設)の名称	・付表2	<input type="checkbox"/>
		・運営規程	<input type="checkbox"/>
2	<要事前相談> 事業所(施設)の所在地	・付表2	<input type="checkbox"/>
		・平面図(標準様式2)(法令上の室名、面積[m ²]、設備、備品等を記入)	<input type="checkbox"/>
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	<input type="checkbox"/>
		・運営規程	<input type="checkbox"/>
3	申請者の名称	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
4	主たる事務所の所在地	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
5	代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
		・介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書(標準様式5) ※ 代表者の姓、住所の変更のみの場合は、誓約書は不要	<input type="checkbox"/>
6	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)	・履歴事項全部証明書の登記情報サービス照会番号あるいは、原本(現在事項全部証明書でも一応可)	<input type="checkbox"/>
7	<要事前相談> 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等及び設備の概要	・平面図(標準様式2)(法令上の室名、面積[m ²]、設備、備品等を記入/併設サービスがある場合はマーカー等でサービスごとに色分けする)	<input type="checkbox"/>
		・写真(撮影方向を図面に落とす)	<input type="checkbox"/>
		・設備等一覧表(標準様式4)(設備に変更がある場合)	<input type="checkbox"/>
		・付表2(面積等、付表記載内容に変更がある場合)	<input type="checkbox"/>
8	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 ※既に就任している管理者の住所のみ変更する場合、「付表」のみ提出	・付表2	<input type="checkbox"/>
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-2)	<input type="checkbox"/>
		・資格証の写し(要有資格の従業者と兼務の場合提出)	<input type="checkbox"/>
10	運営規程 ※利用定員の変更(増加)の場合は、 要事前相談	・運営規程(変更部分分かるようマーキング等をしてください。)	<input type="checkbox"/>
		・付表2(付表の記載内容が変わる変更の場合提出)	<input type="checkbox"/>
		(定員増加等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、以下提出)	
		・資格証の写し	<input type="checkbox"/>
		・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(標準様式1-2)	<input type="checkbox"/>

※変更後、10日以内に届出をお願いします。

※1回の届出で複数項目を変更する等、同一の添付書類が重複する場合、1つだけ提出していただければ結構です。

※変更内容によっては、添付書類以外の書類を提出いただく場合があります。