

変更届出事項一覧表

| 番号 | サービスの種類 変更の届出項目 | 定期巡 回・随 時対応 | 夜間 対応 | 認知 デイ | 小規模 多機能 | 認知症 GH | 地密 特定 | 地密 老福 | 看護 小規模 | 地密 通所 | 居宅介 護支援 |
|----|--|-------------------|------------|----------|------------|-----------|----------|----------|-----------|----------|------------|
| | | 1 | 事業所(施設)の名称 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2 | 事業所(施設)の所在地(電話、FAX番号) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3 | 主たる事業所の所在地(電話、FAX番号) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4 | 代表者(開設者)の氏名、生年月日並びに住所及び職名 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 8 | 事業所(施設)の管理者の氏名及び住所 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9 | サービス提供責任者の氏名及び住所 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 14 | <small>事業実施形態</small> (本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型・空床利用型・併設型) | | | | | | | | | | |
| 15 | 入院患者又は入所者の定員 | | | | | | | | | | |
| 16 | 福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合にあつては、委託等の契約の内容) | | | | | | | | | | |
| 17 | 併設施設の状況等 | | | | | | | ○ | | | |
| 18 | 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 変更の状況が分かる書類を添付してください。

※メールアドレス変更の場合は、「電子メールによる情報提供依頼書」のみを提出してください。