**介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業者**

**変更届に係る提出書類一覧＜チェックリスト＞**

※該当項目にチェックをしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 提　出　書　類 | 備　　考 |
|  | 共通事項 | □　提出書類一覧＜チェックリスト＞ |  |
| □　変更届出書 （様式第４号） | 根拠法令：介護保険法 |
| □　変更届出事項(別紙) | 根拠法令：介護保険法 |
| 番号 | 具体的な変更項目 | 添　付　書　類 | 備　考 |
| １ | 事業所・施設の名称 | □　運営規程 |  |
| ２ | 事業所の所在地（電話番号・ファックス番号の変更を含む） | □　運営規程□　事業所の平面図□　検査済証等の写し（建築基準法）□　検査結果通知書の写し（福岡県福祉のまちづくり条例）□　消防用設備等検査済証の写し（消防法）□　案内図（近隣見取図）□　賃貸借契約書等の写し（建物または事業所が賃貸の場合のみ） |  (注)電話番号・ファックス番号の変更の場合、添付書類は不要です。 |
| ３ | 申請者の名称 | □　法人登記簿謄本（履歴事項全部証明書）□　介護保険法第１１５条４５の５第２項の規定に該当しない旨の誓約書 (★)* 暴力団排除に係る誓約書(★)
 |  |
| ４ | 主たる事務所の所在地 | * 定款等の写し
* 運営規定
 |  |
| ５ | 代表者の氏名、住所及び職名（法人代表者、事業所代表者） | **【法人代表者の場合】*** 法人代表者の経歴書(★)
* 法人登記簿謄本（履歴事項全部証明書）

□　介護保険法第１１５条４５の５第２項の規定に該当しない旨の誓約書 (★)* 暴力団排除に係る誓約書(★)

**【事業所代表者の場合】*** 事業所代表者の経歴書(★)

□　介護保険法第１１５条４５の５第２項の規定に該当しない旨の誓約書 (★)□　暴力団排除に係る誓約書(★) |  |
| ６ | 登録事項証明書または条例等 | □　法人登記簿謄本（履歴事項全部証明書） |  |
| ７ | 事業所・施設の建物造、専用区画等 | □　事業所の平面図□　事業所の設備等に係る一覧表(★)※建築確認・完了検査、福祉のまちづくり条例適合等の手続きが必要な場合は下記の書類も添付□　検査済証等の写し（建築基準法）□　検査結果通知書の写し（福岡県福祉のまちづくり条例）□　消防用設備等検査済証の写し（消防法）□　賃貸借契約書等の写し（建物または事業所が賃貸の場合のみ） | 現地確認を行わない場合、写真の添付を求める場合があります |
| ８ | 事業所・施設の管理者の氏名及び住所 | □　管理者の経歴書(★)□　従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(★)□　介護保険法第１１５条４５の５第２項の規定に該当しない旨の誓約書 (★)□　暴力団排除に係る誓約書(★) |  |
| ９ | 運営規程 | □　運営規程【従業者の員数に変更があった場合】□　従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（複数単位がある場合はすべて）(★)【実施単位数、利用定員の増減】□　従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（複数単位がある場合はすべて）(★) |  |
| １０ | サービス費の請求に関する事項 | □　福津市介護給付費算定に係る体制等に関する届出書・変更届出書※その他必要書類は当該届出チェックリスト参照 |  |
| １１ | 役員の氏名及び住所 | □　法人登記簿謄本（履歴事項全部証明書）□　介護保険法第１１５条４５の５第２項の規定に該当しない旨の誓約書 (★)□　暴力団排除に係る誓約書(★) |  |
| １２ | その他 |  | 変更の内容により、その他必要な書類を求める場合があります。 |

※★…様式を掲載している添付書類　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（別紙）

**介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業に係る変更届出事項**

(注)変更する項目の欄のみ、ご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者及びその代表者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 名　称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　） |
| （ ビルの名称等）  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所官庁 |  |
| 法人代表者の職及び氏名 | 職名 |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 氏名 |  |
| 法人代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　） |
| （ ビルの名称等）  |
| 事業所 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 名　称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　） |
| （ ビルの名称等）  |
| 直通連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積　　　　　　　　　　　　　　㎡ |  |
| 管理者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 住　所 | （郵便番号　　　－　　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 当該通所介護事業所内で兼務する他の職種(兼務の場合に記入) |  |
| 同一の敷地内の他の事業所で兼務する職務(兼務する場合のみ記入) | 事業所等名称 |  |
| 職種及び勤務時間 |  |
| 運営規程 | 利用定員 | 人 | 実施単位数 | 単位 |
| 利用料 | 法定代理受領分 |  | 法定代理受領分以外 |  |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 | ①　　　　　　　②　　　　　　　　③　　　　　　　　④　　　　　　　　　⑤ |
| 備考 |  |
| 単位 | 従業者 |  | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤(人) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤(人) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他の年間の休日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業時間 | 平日 | ～ | 土曜 | ～ | 日・祝 | ～ |
| サービス提供時間 |
| 延長時間（時間延長サービスを行う場合のみ記入） |
| 備考 |  |