

**変更届出書に係る添付書類一覧(変更後、10日以内の届出が必要) ※介護給付費等の請求を行う場合は、前月の15日までの提出が必要)**

変更事由／変更後内容を記載の必要書類	付表	定款	登記簿謄本 (現在事項 全部証明)	条例 (公営事 業所のみ)	介護給付 費等の算 定に係る 体制等一 覧表	従業者の 勤務の体 制及び勤 務形態一 覧表	事業所・ 施設の 平面図	事業所の 設備・備 品等一覧 表	事業所の 外観及び 内部の写 真	事業所の 案内図	経歴書				資格証明 証の写し	サービス 管理責任 者研修修 了証書	相談支援 従事者初 任者研修 修了証書	実務経験 (見込)証 明書	主たる対 象者を特 定する理 由書	運営規程	法第36条 第3項各 号の規定 に該当し ない旨の 誓約書	暴力団排 除に係る 誓約書	組織体制 図	行動援護 サービス 提供者一 覧表	施設等と の連携体 制及び支 援の体制 の概要が 分かる書 類	協力医療 機関との 契約内容 が分かる 書類	建物の構 造概要が 分かる書 類	併設施設 の概要が 分かる書 類	同一敷地 内にある 入所施設 及び病院 の概要が 分かる書 類	その他加 算に必要 な書類					
											管理者 参考 様式3	サービス提 供責任者 参考 様式3	サービス管 理責任者 参考 様式3	相談支援 専門員 参考 様式3																	参考 様式8	参考 様式8-2	参考 様式10	参考 様式13	別紙 3～32
1 事業所(施設)の名称	<input type="checkbox"/>																																		
2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
3 申請者(設置者)の名称	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
4 主たる事務所の所在地		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
5 代表者の氏名及び住所		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
6 定款・寄附行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
7 事業所(施設)の平面図及び設備の概要							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								<input type="checkbox"/> ※2		
8 事業所(施設)の管理者の氏名及び住所	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>													
9 事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>											<input type="checkbox"/>													
10 事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>													
11 主たる対象者	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
12 運営規程	従業者の職種・員数、職務の内容	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>																<input type="checkbox"/> ※1		<input type="checkbox"/>											
	営業日・営業時間、サービス提供日、サービス提供時間	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>																<input type="checkbox"/> ※1													
	利用定員	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>																<input type="checkbox"/> ※1		<input type="checkbox"/>											
	支給決定障害者から受領する費用の種類及びその額	<input type="checkbox"/>																					<input type="checkbox"/> ※1												
	各サービスの内容	<input type="checkbox"/>																					<input type="checkbox"/> ※1												
	通常の事業の実施地域	<input type="checkbox"/>																					<input type="checkbox"/> ※1												
13 介護給付費等の請求に関する事項					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											<input type="checkbox"/>		
14 事業所の種別(併設型・空床型の別)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														<input type="checkbox"/> ※1		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>								
15 併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														<input type="checkbox"/> ※1		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>								
16 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該医療機関との契約内容	<input type="checkbox"/>																								<input type="checkbox"/>										
17 知的障害者援護施設等との連携体制及び支援の体制の概要	<input type="checkbox"/>																								<input type="checkbox"/>										
19 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要																																<input type="checkbox"/>			
20 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要																																	<input type="checkbox"/>		
その他	相談支援専門員の氏名及び住所	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>												
	役員の氏名及び住所		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	提供する障害福祉サービスの種類	<input type="checkbox"/>																					<input type="checkbox"/>												
	第三者に委託することにより提供する障害福祉サービスの種類並びに当該第三者の事業所の名称及び所在地	<input type="checkbox"/>																						<input type="checkbox"/>											
	連携する公共職業安定所その他関係機関の名称	<input type="checkbox"/>																																	

※1 新旧対照表及び浴け込み版が必要  
 ※2 療養介護、短期入所、共同生活援助、障害者支援施設の変更時のみ提出