

変更届出が必要な場合(地域密着型サービス)

番号	添付すべき書類	定期巡回・ 随時対応型 訪問介護看護 ①	夜間対応型 訪問介護 ②	認知症対応型 通所介護 (予防) ③	小規模多機能型 居宅介護 (予防) ④	認知症対応型 共同生活介護 (予防) ⑤	地域密着型 特定施設入居者 生活介護 ⑥	地域密着型 介護老人福祉 施設入所者 生活介護 ⑦	複合型サービス ⑧
1	事業所・施設の名称	○	○	○	○	○	○	○	○
2	事業所・施設の所在地	○	○	○	○	○	○	○	○
3	申請者の名称	○	○	○	○	○	○	○	○
4	主たる事務所の所在地	○	○	○	○	○	○	○	○
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	○	○	○	※1	※1	○	○	※1
6	登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る)	○	○	○	○	○	○	○	○
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等	○	○	○	○	○	○	○	○
8	備品								
9	事業所・施設の管理者の氏名、生年月日及び住所	○	○	※2	※2	※2	○	○	※2
10	サービス提供責任者の氏名、生年月日及び住所								
11	運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○
12	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関				○	○	○	○	○
13	事業所の種別								
14	提供する居宅療養管理指導の種類								
15	事業実施形態								
16	入院患者又は入所者の定員							○	
17	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携・支援体制				○	○			○
18	福祉用具の保管・消毒方法								
19	併設施設の状況、本体施設の概要等						○	○	
20	役員の氏名及び住所(届出者が法人である場合)	○	○	○	○	○	○	○	○
21	介護支援専門員の氏名及び登録番号				※3	※4	○	○	※3

備考： 変更の状況が分かる書類を添付してください。

※1 小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護の代表者は「認知症対応型サービス事業開設者研修」を修了している必要があります。

また、複合型サービスの代表者は、同研修を修了しているか、保健師又は看護師であることが必要です。

※2 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の管理者は「認知症対応型サービス事業管理者研修」を修了している必要があります。

また、複合型サービスの管理者は、同研修を修了しているか、保健師又は看護師であることが必要です。

※3 小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの計画作成担当者は、「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」を修了している必要があります。

※4 認知症対応型共同生活介護の計画作成担当者は、「実践者研修」又は「基礎過程」を修了している必要があります。