記載例９

変更届連絡票

（**太線枠内に必要事項を記載**して変更届と一緒に提出してください）

受付番号	受　付　簿		システム
９９９			

指定番号	―
事業所番号	２７○○○○○○○○○

事業所名	大手前レンタルセンター	連絡先	TEL　０６（＊＊＊＊）＊＊＊＊
担当者名	大阪　太郎		FAX　０６（＊＊＊＊）＊＊＊＊
変更内容	■管理者　□サービス提供責任者　□介護支援専門員　□運営規程　□法人代表者等　□その他		

※該当項目を○で囲んでください。

●チェックリスト

区　分	内　容	チェック	審査
提出方法	変更届提出書類一覧で来庁・郵送を確認しましたか。	■	□
添付書類	変更届提出書類一覧で添付書類を確認しましたか。	■	□
変更届（様式５号）	事業所所在地の市（町）長宛になっていますか。	■	□
	変更内容を「変更の内容」欄に記載しましたか。	■	□
	変更年月日を記載しましたか。（記載例を参照して記載してください）	■	□
	届出年月日を記載しましたか。（記載例を参照して記載してください）	■	□
付　表	変更のあった箇所に変更内容を記載していますか。	■	□
資格証・証明書の写	写しを添付していますか。	■	□
控え書類	コピーして控え書類として保管していますか。	■	
返信用定形封筒（定形郵便 25ｇ以内切手貼付）	受付けた変更届については、収受印を押印した変更届受付票（兼補正書）をお送りします。		□

補正の有無　（　有・無　）　（補正内容）
提出期限　　月　　日　　・変更届　　・登記簿謄本
処理完了　　月　　日　　・付　表　　・役員名簿、事業所一覧
　　・資格証　　・誓約書

収　受　印
収受印押印

受付順を示す整理番号（当課で記載）　　届出を収受した日

※届出を受付した場合は、下記の受付票（兼補正書）を返信用定型封筒に入れ返送します。

受付番号
９９９

変更届受付票（~~兼補正書~~）

受付区分　（①届出完了　②届出不備）

収　受　印	担　当
収受印押印	

事業所番号		事業所名	

変更内容　■管理者　□サービス提供責任者　□介護支援専門員　□運営規程　□法人代表者等　□その他

上記内容の変更届を受付けました。　　届出を受付した場合に当課で記載します

~~但し、下記のとおり補正等の必要がありますので、期限までに必要書類を提出してください~~。

【通信欄】

内　容

補正等の指示があった場合は、補正書類と一緒にこの補正書を併せて提出してください。
（必ずコピーをとっておくこと。）

様式第５号（第７条関係）

郵送の場合、発信日を記載

記載例９

変　更　届　出　書

平成 30 年　　10 月　　1 日

○○市長・町長　　宛

主たる事務所の所在地　　大阪市中央区大手前二丁目
開設（事業）者　名称　　株式会社　大手前産業
代表者の職・氏名　　代表取締役　大手　一　　㊞
（法人以外の者であっては氏名及び住所）

介護保険法　第 75 条第１項 / 第 82 条第１項 / 第 115 条の５第１項　の規定により、次のとおり指定の内容を変更しましたので届け出ます。

介護保険事業所番号	2 7 ○○○○○○○○○
指定内容を変更した事業所又は施設	名称　大手前レンタルセンター 所在地　大阪市中央区大手前二
サービスの種類	特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売

変更があった事項		変更の内容
1	申請者の名称	(変更前) ９．管理者 氏名：大阪　一郎　住所：大阪市○○区○×町○丁目○番○号 福祉用具貸与･介護予防福祉用具貸与については、別に変更届出書を作成してください。 変更前と変更後の氏名･住所を　記載してください。 (変更後) ９．管理者 氏名：大阪　太郎　住所：大阪市○○区○○町○丁目○番○号 就任日を記載してください。
2	事業所（施設）の名称	
3	事業所（施設）の所在地	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所	
6	定款・寄付行為等及びその登記事項証明書・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、設備、専用区画等（介護老人保健施設を除く。）	
8	備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業に限る。）	
9	事業所（施設）の管理者の氏名及び住所	
10	サービス提供責任者の氏名及び住所	
11	運営規程	
12	協力医療機関・協力歯科医療機関	
13	事業所（施設）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（特別養護老人ホームの空床利用・特別養護老人ホーム等への併設・その他の場合の別）	
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、病院等との連携・支援体制	
18	福祉用具の保管・消毒方法（委託している場合にあっては、委託先の状況）	
19	併設施設の状況等	
20	介護給付費算定に係る体制等の状況	
21	役員の氏名、生年月日及び住所	
22	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	
変更年月日		平成 30 年　１０　月　１日

変更理由
前管理者退職のため

備考　該当項目に○印を付してください。
添付書類　当該居宅サービス・介護予防サービスに係る事業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類（介護保険法施行規則第131 条１項第６号から第12 号までに掲げる居宅サービス又は介護保険法施行規則第140 条の19 第６号から第12 号までに掲げる介護予防サービスの利用者の定員の増加に伴う場合に限る。）

記載例９

付表１０

特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	オオテマエレンタルセンター			
	名　称	大手前レンタルセンター			
	所在地	（郵便番号＊＊＊－＊＊＊＊） 大阪市中央区大手前二　　事業所欄は、変更の有無に係わらず記載してください。			
	連絡先	電話番号	06(***)****	ＦＡＸ番号	06(***)****
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第　　条第　　項第　　号			

管理者	フリガナ	オオサカ　タロウ	住所・連絡先	（郵便番号 ***－****） 大阪市○○区○○町○丁目○番○号			
	氏　名	大阪　太郎					
	生年月日	昭和○○年○月○日		電話番号	06(***)****	FAX 番号	06(***)****
	他の職務との兼務の状況（兼務がある場合のみ記入）						
	当該特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所内での他の職務との兼務		職種	専門相談員			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務	事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類		福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与			
		兼務する職種及び勤務時間		管理者・専門相談員			

従業者		専門相談員	
		専従	兼務
	常　勤（人）		
	非常勤（人）		
	常勤換算後の人数（人）		

主な掲示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他　年間の休日			
	営業時間	平日	～			土曜	～			日・祝	～		
		備考											
	取り扱う種目（該当に○）	腰掛便座		自動排泄処理装置の交換可能部品		入浴補助用具							
		簡易浴槽		移動用リフトのつり具の部分									
	販売費用の額												
	その他の費用												
	通常の事業実施地域	①	②	③	④	⑤							
		備考											

備考　記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。