

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 999	受付簿	システム	指定番号 —
事業所名 大手前訪問介護ステーション			事業所番号 2700000000
担当者名 大阪 太郎			連絡先 TEL 06(****)**** FAX 06(****)****
変更内容 <input checked="" type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 法人代表者等 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	変更内容を「変更の内容」欄に記載しましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
付 表	変更のあった箇所に変更内容を記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
資格証・証明書の写	写しを添付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
控え書類	コピーして控え書類として保管していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
返信用定型封筒(定型郵便25g以内切手貼付)	受け取った変更届については、收受印を押印した変更届受付票(兼補正書)をお送りします。		<input type="checkbox"/>

補正の有無 (有・無) (補正内容)
 提出期限 月 日 ・変更届
 処理完了 月 日 ・付 表
 業所一覧

収 受 印
收受印押印

受付順を示す整理番号(当課で記載)

届出を收受した日

※届出を受け付けた場合は、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。
 点線から切り離し返送します

受付番 999	変更届受付票(兼補正書)		収 受 印	担
	受付区分 (1)届出完了 (2)届出不備		收受印押印	
事業所番号 2700000000	事業所名 大手前訪問介護ステーション	変更内容 <input checked="" type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 法人代表者等 <input type="checkbox"/> その他		

上記内容の変更届を受け付けました。
 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。)

変更届出書

平成 30年 10月 1日

〇〇市長・町長 宛

主たる事務所の所在地

大阪府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 一郎

㊞

〔法人以外の者にあつては、氏名及び住所〕

第75条第1項

介護保険法 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	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
指定内容を変更した事業所又は施設		名称 大手前訪問介護ステーション																			
		所在地 大阪府中央区大手前二																			
サービスの種類		訪問介護																			
変更があった事項		変更の内容																			
1	申請者の名称	(変更前)																			
2	事業所(施設)の名称	<p>9. 管理者 氏名：大阪 一郎 住所：大阪府〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号</p>																			
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	<p>9. 管理者 氏名：大阪 太郎 住所：大阪府〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号</p>																			
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つては、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		法人の人事異動のため																			

変更前と変更後の氏名・住所を記載してください。

就任日を記載してください。

備考 該当項目に〇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条第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。)

事業所	フリガナ	オオテマエホウモンカイゴステーション										
	名称	大手前訪問介護ステーション										
	所在地	(郵便番号541-xxxx) 大阪府中央区大手前2										
	連絡先	電話番号	06(xxxx)xxxx			FAX番号	06(xxxx)xxxx					
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 〇〇 条第 〇〇 項第 〇〇 号							
管理者	フリガナ	オオサカ タロウ			住所・連絡先	(郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 大阪府〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号						
	氏名	大阪 太郎				目〇番〇号						
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日			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)											
	当該訪問介護・介護予防訪問介護事業所内での他の職務との兼務		職種		変更のあった項目欄を記載してください							
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の兼務する職種及び勤務時間			大手前ケアセンター 管理者							
サービス提供責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			資格			
	氏名				住所	(郵便番号 -)			資格			
	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			資格			
	氏名				住所	(郵便番号 -)			資格			
	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			資格			
従業員	訪問介護員等		専従		兼務		(この欄は記載不要)					
			常勤(人)		非常勤(人)							
	常勤換算後の人数											
主な揭示事項	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										
	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											

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。

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 999	受付簿	システ	指定番号 —
事業所番号 2700000000			連絡先 TEL 06(****)**** FAX 06(****)****
事業所名 大手前訪問介護ステーション	担当者名 大阪 太郎		変更内容 <input type="checkbox"/> 管理者 <input checked="" type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 法人代表者等 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	変更内容を「変更の内容」欄に記載しましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
付 表	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
資格証・証明書の写	変更のあった箇所に変更内容を記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
控え書類	写しを添付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
控え書類	コピーして控え書類として保管していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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、收受印を押印した変更届受付票(兼補正書)をお送りします。		<input type="checkbox"/>

補正の有無 (有・無) (補正内容)
 提出期限 月 日 ・変更届
 処理完了 月 日 ・付 表
 業所一覧

・登録簿謄本
 ・役員名簿、事

収 受 印
收受印押印

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)を返信用定形封筒に入れ返送します。
 点線から切り離し返送します

受付番 999	変更届受付票(兼補正書)	収 受 印	担
	受付区分 (①届出完了 ②届出不備)	收受印押印	

事業所番号 2700000000	事業所名 大手前訪問介護ステーション
変更内容 <input type="checkbox"/> 管理者 <input checked="" type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 法人代表者等 <input type="checkbox"/> その他	

上記内容の変更届を受付けました。
 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。)

郵送の場合、発信日を記載

記載例2

変更届出書

平成30年10月1日

〇〇市長・町長 宛

主たる事務所の所在地

大阪府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 一郎

印

〔法人以外の者にあつては、氏名及び住所〕

第75条第1項

介護保険法 第82条第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。
第115条の5第1項

介護保険事業所番号 2 7 〇〇〇〇〇〇〇

指定内容を変更した事業所又は施設		名称 大手前訪問介護ステーション
		所在地 大阪府中央区大手前二
サービスの種類		訪問介護
変更があった事項		変更の内容
1	申請者の名称	(変更前)
2	事業所(施設)の名称	<p>10. サービス提供責任者 氏名： 大阪 花子 住所：大阪府〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号</p>
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	<p>9. サービス提供責任者 氏名：浪速 咲子 住所：大阪府〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号</p>
13	事業所(施設)の種類	
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つては、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		法人の人事異動のため

サービス提供責任者は、変更前と変更後の全員の氏名・住所を記載してください

就任日を記載してください

備考 該当項目に〇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条第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。)

訪問介護事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	オオテマエハウモンカイゴステーション										
	名称	大手前訪問介護ステーション										
	所在地	(郵便番号541-xxxx) 大阪府中央区大手前2										
	連絡先	電話番号	06(xxxx)xxxx			FAX番号	06(xxxx)xxxx					
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									(郵便番号 -)		
	氏名							住所・連絡先				
	生年月日							電話番号			FAX番号	
	他の職務との兼務の状況 (兼務がある場合のみ記入)											
	当該訪問介護・介護予防訪問介護事業所内での他の職務との兼務		職種									
	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の兼務する職種及び勤務時間									
サービス提供責任者	フリガナ	ナニワ サキコ			住所		(郵便番号000-0000) 大阪市			資格	介護福祉士	
	氏名	浪速咲子			住所		00区0x町0丁目0番0号					
	フリガナ	サービス提供責任者は、全員の氏名・住所等を記載してください。										
	氏名											
	フリガナ									住所		資格
従業員	訪問介護員等											
			専従			兼務						
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数												
主な揭示事項	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	~		
	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												

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。

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 999	受付簿	システ	指定番号 —
事業所番号 2700000000			連絡先 TEL 06(****)**** FAX 06(****)****
事業所名 大手前訪問介護ステーション	担当者名 大阪 太郎		変更内容 <input checked="" type="checkbox"/> 管理者 <input checked="" type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 法人代表者等 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	変更内容を「変更の内容」欄に記載しましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
付 表	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
資格証・証明書の写	変更のあった箇所に変更内容を記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
控え書類	写しを添付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
控え書類	コピーして控え書類として保管していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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、收受印を押印した変更届受付票(兼補正書)をお送りします。		<input type="checkbox"/>

補正の有無 (有・無) (補正内容)
 提出期限 月 日 ・変更届
 処理完了 月 日 ・付 表
 業所一覧

収 受 印
收受印押印

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)を返信用定形封筒に入れ返送します。
 点線から切り離し返送します

受付番 999	変更届受付票(兼補正書)	収 受 印	担
	受付区分 (①届出完了 ②届出不備)	收受印押印	

事業所番号 2700000000	事業所名 大手前訪問介護ステーション
---------------------	-----------------------

変更内容 <input checked="" type="checkbox"/> 管理者 <input checked="" type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 法人代表者等 <input type="checkbox"/> その他
--

上記内容の変更届を受付けました。
 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。)

変更届出書

平成30年 10 1日

〇〇市長・町長 宛

主たる事務所の所在地

大阪府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

代表者の職・氏名

表取締役 大手 一郎

印

〔法人以外の者にあつては、氏名及び住所〕

第75条第1項

介護保険法

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 〇〇〇〇〇〇〇

指定内容を変更した事業所又は施設		名称 大手前訪問介護ステーション
		所在地 大阪府中央区大手前二
サービスの種類		訪問介護
変更があった事項		変更の内容
1	申請者の名称	(変更前)
2	事業所(施設)の名称	9. 管理者
3	事業所(施設)の所在地	氏名:大阪 太郎 住所:大阪府〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
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。)	10. サービス提供責任者 氏名: 浪速 咲子
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。)	住所:大阪府〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
8	訪問介護員の人数変更は、その度に届出る必要はありません。管理者やサービス提供責任者の届出時に併せて届出てください。	11. 運営規程 〇〇条 サービス提供責任者 1名 訪問介護員 6名(常勤1名、非常勤5名)
9		
10		
11		
12	協力医療機関・協力歯科医療機関	(変更後)
13	事業所(施設)の種類	9. 管理者
14	提供する居宅療養管理指導の種類	氏名:浪速 咲子 住所:大阪府〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
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)	10. サービス提供責任者
16	入院患者又は入所者の定員	氏名:浪速 咲子
17	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等	住所:大阪府〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
18	サービス提供責任者の人数に変更があった場合、変更理由欄に利用者数(前3ヶ月の平均値)を記載してください。併せて、運営規程を変更してください。運営規程は、提出する必要はありません	氏名:西次男 住所:大阪府〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
19		11. 運営規程 〇〇条
20		サービス提供責任者 2名
21	役員の氏名、生年月日及び住所	訪問介護員 13名(常勤1名、非常勤12名)
22	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	
変更理由		平成30年 10月 1日
前管理者退職の為。利用者数55人		

サービス提供責任者は、変更前と変更後の全員の氏名・住所を記載してください

サービス提供責任者の人数に変更があった場合、変更理由欄に利用者数(前3ヶ月の平均値)を記載してください。併せて、運営規程を変更してください。運営規程は、提出する必要はありません

備考 該当項目に〇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。)

事業所	フリガナ	オオテマエハウモンカイゴステーション									
	名称	大手前訪問介護ステーション									
	所在地	(郵便番号541-xxxx) 大阪府中央区大手前2									
	連絡先	電話番号	06(xxxx)xxxx			FAX番号	06(xxxx)xxxx				
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 〇〇 条第 〇〇 項第 〇〇 号						
管理者	フリガナ	ナニワ サキコ			住所・連絡先	(郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号					
	氏名	浪速 咲子			電話番号	06(****)****		FAX番号	06(****)****		
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日			他の職務との兼務の状況 (兼務がある場合のみ記入)						
	当該訪問介護・介護予防訪問介護事業所内での他の職務との兼務		職種	サービス提供責任者							
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の兼務する職種及び勤務時間		変更のあった項目欄を記載してください							
サービス提供責任者	フリガナ	ナニワ サキコ			住所	(郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番		資格	介護福祉士		
	氏名	浪速 咲子			サービス提供責任者は、全員の氏名・住所等を記載してください。						
	フリガナ	ニシ ツギオ			住所	大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号		資格	ヘルパー1級		
	氏名	西 次男			同一事業所内で他の職務と兼務している場合は兼務になり、その他は専従となります。						
従業員			訪問介護員等								
			専従	兼務							
	常勤(人)		2	1							
	非常勤(人)		12	0							
常勤換算後の人数		9.0									
常勤換算で2.5以上必要です。											
主な揭示事項	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	～
	利用料	法定代理受領分									
	その他の費用	法定代理受領分以外									
	通常の事業実施地域	①	②		③		④		⑤		
	備考	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。

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 999	受付簿	システム	指定番号 —
事業所番号 2700000000			連絡先 TEL 06(****)**** FAX 06(****)****
事業所名 大手前訪問介護ステーション	変更内容 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 法人代表者等 <input type="checkbox"/> その他		
担当者名 大阪 太郎	※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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	変更内容を「変更の内容」欄に記載しましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	届出手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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
付表	変更のあった箇所に変更内容を記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
資格証・証明書の写	写しを添付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
控え書類	コピーして控え書類として保管していますか。	<input type="checkbox"/>	
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、收受印を押印した変更届受付票(兼補正書)をお送りします。		<input type="checkbox"/>

補正の有無 (有・無) (補正内容)

提出期限 月 日 ・変更届
 処理完了 月 日 ・付表
 業所一覧

収 受 印
收受印押印

受付順を示す整理番号(当課で記載)

届出を收受した日

※届出を受付した場合は、下記の受付票(兼補正書)を返信用定形封筒に入れ返送します。
 点線から切り離し返送します

受付番 999	変更届受付票(兼補正書)	収 受 印	担
	受付区分 ①届出完了 ②届出不備	收受印押印	

事業所番号 2700000000	事業所名 大手前訪問介護ステーション
変更内容 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 法人代表者等 <input type="checkbox"/> その他	

上記内容の変更届を受付けました。
 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。)

変更届出書

平成30年10月1日

〇〇市長・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 一郎
[法人以外の者にあつては、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。

Table with columns for '指定内容を変更した事業所又は施設', 'サービスの種類', '変更があった事項', and '変更の内容'. Includes handwritten annotations in red boxes and circles.

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。)

事業所	フリガナ	オオテマエホウモンカイゴステーション									
	名称	大手前訪問介護ステーション									
	所在地	(郵便番号541-xxxx) 大阪府中央区大手前2									
	連絡先	電話番号	06(xxxx)xxxx			FAX番号	06(xxxx)xxxx				
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				住所・連絡先	(郵便番号 -)					
	氏名				電話番号			FAX番号			
	生年月日										
	他の職務との兼務の状況 (兼務がある場合のみ記入)										
	当該訪問介護・介護予防訪問介護事業所内での他の職務との兼務		職種								
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の兼務する職種及び勤務時間									
サービス提供責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)		資格			
	氏名										
	フリガナ				住所	(郵便番号 -)		資格			
	氏名										
従業員	訪問介護員等										
	専従					兼務					
	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数											
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	12月30日から1月4日 8月13日から8月15日
	営業時間	平日	9:00	~	17:00	土曜	9:00	~	17:00	日・祝	~
	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大阪市中央区	②浪速区	③天王寺区	④	⑤					
	備考										

事業所欄は、変更の有無に係わらず記載してください

変更のあった項目欄を記載してください

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。

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 999	受付簿	システ	指定番号 —
事業所番号 2700000000			連絡先 TEL 06(****)**** FAX 06(****)****
事業所名 大手前訪問介護ステーション	担当者名 大阪 太郎		変更内容 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input checked="" type="checkbox"/> 法人代表者等 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	変更内容を「変更の内容」欄に記載しましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
付 表	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
資格証・証明書の写	変更のあった箇所に変更内容を記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
控え書類	写しを添付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
控え書類	コピーして控え書類として保管していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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、收受印を押印した変更届受付票(兼補正書)をお送りします。		<input type="checkbox"/>

補正の有無 (有・無) (補正内容)
 提出期限 月 日 ・変更届
 処理完了 月 日 ・付 表
 業所一覧

- ・登録簿謄本
- ・役員名簿、事

収 受 印
收受印押印

受付順を示す整理番号(当課で記載)

届出を收受した日

※届出を受付した場合は、下記の受付票(兼補正書)を返信用定形封筒に入れ返送します。
 点線から切り離し返送します

受付番 999	変更届受付票(兼補正書)		収 受 印	担
	受付区分 ①届出完了 ②届出不備		收受印押印	
事業所番号 2700000000	事業所名 大手前訪問介護ステーション	変更内容 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input checked="" type="checkbox"/> 法人代表者等 <input type="checkbox"/> その他		

上記内容の変更届を受付けました。
 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。)

変更届出書

平成30年 10 1日

〇〇市長・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 一郎

印

法人以外の者にあつては、氏名及び住所

第75条第1項
第82条第1項
第115条の5第1項
介護保険法
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 〇〇〇〇〇〇〇

Table with 2 columns: 指定内容を変更した事業所又は施設, 名称 大手前訪問介護ステーション, 所在地 大阪市中央区大手前二

Table with 2 columns: サービスの種類, 訪問介護

Table with 2 columns: 変更があった事項, 変更の内容

Table with 2 columns: 1 申請者の名称, 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, 7 事業所(施設)の建物の構造、設備、専用区画等, 8 備品, 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. (変更前)

法人代表者等の変更は、一事業所からの届出を以って他の事業所からの届出があつたものとみなします。(事業所一覧の添付が必須)

Table with 2 columns: 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, 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, 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. (変更後)

登記事項証明等に記載する就任日になります。

Table with 2 columns: 変更年月日, 平成30年 9月 1日

Table with 2 columns: 変更理由, 代表者の交代があつたため

備考 該当項目に〇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条第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。)

事業所一覧

サービス	事業所番号	所在地
	事業所名	
居宅支援 事業所	2 7 0 △ 0 0 0 0 0 0 大手前ケアプランセンター	大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
通所介護	2 7 0 △ 0 0 0 0 0 0 大手前デイサービスセンター	同上
福祉用具貸 与・介護予防福 祉用具貸与	2 7 0 △ 0 0 0 0 0 0 大手前レンタルセンター	同上
特定福祉用具 販売・介護予防 福祉用具販売	2 7 0 △ 0 0 0 0 0 0 大手前レンタルセンター	同上
	2 7	
	2 7	
	2 7	
	2 7	
	2 7	
	2 7	
	2 7	
	2 7	
	2 7	
	2 7	
	2 7	
	2 7	

福祉用具貸与と特定福祉用具販売は分けて記載してください。

※主たる事務所の所在地の変更、代表者(開設者)・役員の氏名、生年月日及び住所の変更、定款の変更があった場合等で、複数の事業所がある場合に作成してください。