

# 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	指定番号	—							
999			事業所番号	2	7	0	0	0	0	0	0
事業所名	大手前ケアプランセンター		連絡先	TEL	06 (***)*****						
担当者名	大阪 太郎			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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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  
 ・資格証

・登記簿謄本  
 ・役員名簿、事業所一覧  
 ・誓約書

收受印
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)	收受印	担当
		受付区分 (①届出完了 ②届出不備)	收受印押印	

事業所番号	27000000000	事業所名	大手前ケアプランセンター
変更内容	<input checked="" type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input checked="" 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。

届出を受付した場合に当課で記載します。

### 【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。)



指定店七介護支援事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	オオテマエケアプランセンター										
	名称	大手前ケアプランセンター										
	所在地	(郵便番号****-****) 大阪市中央区大手前二 <span style="color:red">事業所欄は、変更の有無に係わらず記載してください</span>										
	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 キョウコ				住所・ 連絡先	(郵便番号 ***-**** ) 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号					
	氏名	大阪 京子					電話番号	06(***)****		FAX番号	06(***)****	
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日				介護支援専門員登録番号	27054321			介護支援専門員との兼務の有無	有 ・ 無	
	同一敷地内の他の事業所の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	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				<span style="color:red">変更のあった項目欄を記載してください</span>						
	利用者の推定数	人										
	従業員	※介護支援専門員の氏名等を別紙に記載し、添付すること。										
	介護支援専門員											
	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	①			②			③			④	
実施地域	備考											

備考 1 介護支援専門員の氏名等を別紙に記載し、添付すること。  
 2 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。

付表 13 (別紙) 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

就任日を記載

氏名	介護支援専門員登録番号								異動日	主任介護支援専門員の資格の有無			
	フリガナ	オオサカ	キョウコ	2	7	0	5	4			3	2	1
① 氏名	フリガナ	オオサカ	キョウコ	2	7	0	5	4	3	2	1	平成25年4月1日 新規採用	有・無
② 氏名	フリガナ	オオサカ	ジロウ	2	7	0	0	1	2	3	4	平成25年3月31日 退職	有・無
③ 氏名	フリガナ	退職者・転出者も併せて記載してください									有・無		
④ 氏名	フリガナ										有・無		
⑤ 氏名	フリガナ										有・無		
⑥ 氏名	フリガナ										有・無		
⑦ 氏名	フリガナ										有・無		
⑧ 氏名	フリガナ										有・無		
⑨ 氏名	フリガナ										有・無		
⑩ 氏名	フリガナ										有・無		
⑪ 氏名	フリガナ										有・無		
⑫ 氏名	フリガナ										有・無		
⑬ 氏名	フリガナ										有・無		
⑭ 氏名	フリガナ										有・無		
⑮ 氏名	フリガナ										有・無		
⑯ 氏名	フリガナ										有・無		

※介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書の写しを添付してください。  
介護支援専門員登録通知書は、資格を証するものとはなりません。

備考 1 本別紙は、付表 13 とあわせて使用すること。  
2 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。  
3 8桁の新登録番号を記載すること。

# 変更届連絡票

記載例 7

(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	指定番号	—								
999			事業所番号	2	7	0	0	0	0	0	0	0
事業所名	大手前ケアプランセンター		連絡先	TEL	06 (****)*****							
担当者名	大阪 太郎			FAX	06 (****)*****							
変更内容	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input checked="" 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		*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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
変更届(様式5号)	事業所所在地の市(町)長宛になっていましたか。	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
資格証・証明書の写	法人代表者名で原本証明したものでしょうか。	<input checked="" 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 checked="" 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    ・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

收受印
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。

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

事業所番号	27000000000	事業所名	大手前ケアプランセンター
変更内容 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input checked="" 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。)



指定店七介護支援事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	オオテマエケアプランセンター																				
	名称	大手前ケアプランセンター																				
	所在地	(郵便番号****-****) 大阪市中央区大手前二 <span style="color: red;">事業所欄は、変更の有無に係わらず記載してください</span>																				
	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 キョウコ			住所	(郵便番号 ****-**** )																
	氏名	大阪 京子				連絡先	大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号															
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日			電話番号		06(***)****		FAX番号	06(***)****												
	介護支援専門員登録番号	27054321			介護支援専門員との兼務の有無	(有)・無																
	同一敷地内の他の事業所の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類			兼務する場合は、○で囲んでください。管理者が従業者と兼務する場合は、他の事業所の管理者等との兼務は出来ません。																	
		兼務する職種及び勤務時間																				
利用者の推定数	105人																					
従業者	※介護支援専門員の氏名等を別紙に記載し、添付すること。											介護支援専門員の人数に増減があった場合、記載してください。										
		専従					兼務					この場合、運営規程の変更が必要です。運営規程を変更後、事業所に備え付けておいてください。提出の必要はありません。										
	常勤(人)	2					1															
	非常勤(人)																					
常勤換算後の人数	3.0																					
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	①			②			③			④			⑤								
	実施地域	備考																				

備考 1 介護支援専門員の氏名等を別紙に記載し、添付すること。  
 2 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。

付表13 (別紙) 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

氏名	フリガナ	介護支援専門員登録番号								異動日	主任介護支援専門員の資格の有無
		2	7	0	5	4	3	2	1		
① 氏名	フリガナ オオサカ キョウコ	2	7	0	5	4	3	2	1	平成20年2月1日	有・無
② 氏名	フリガナ オオサカ ハナコ	2	7	0	4	3	2	1	0	平成30年9月30日 退職	有・無
③ 氏名	フリガナ ナニワ サキコ	2	8	0	0	0	9	9	9	平成30年10月1日	有・無
④ 氏名	フリガナ ヨドガワ キミコ	2	7	0	6	5	4	3	2	平成30年10月1日	有・無
⑤ 氏名	フリガナ 退職者・転出者も併せて記載してください										有・無
⑥ 氏名	フリガナ										有・無
⑦ 氏名	フリガナ										有・無
⑧ 氏名	フリガナ										有・無
⑨ 氏名	フリガナ										有・無
⑩ 氏名	フリガナ										有・無
⑪ 氏名	フリガナ										有・無
⑫ 氏名	フリガナ										有・無
⑬ 氏名	フリガナ										有・無
⑭ 氏名	フリガナ										有・無
⑮ 氏名	フリガナ										有・無
⑯ 氏名	フリガナ										有・無

退職者・転出者も併せて記載してください

就任日を記載

備考 1 本別紙は、付表13とあわせて使用すること。  
 2 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。  
 3 8桁の新登録番号を記載すること。