

居宅介護支援 変更事項別提出書類一覧

変更後、10日以内に届出が必要です。

<提出先>

〒196-0014 東京都昭島市田中町一丁目17番1号
昭島市役所保健福祉部 介護福祉課 介護保険係
TEL 042-544-5111 内線2146

事業所移転の場合は、事前に昭島市介護福祉課介護保険係へ御相談ください。

変更No	変更事項	提出書類
1	事業所の名称	☐ 変更届出書 ☐ 付表 1 ☐ 運営規程
2	事業所の所在地	☐ 変更届出書 ☐ 付表 1 ☐ 運営規程 ☐ 図面 ☐ 事業所内外のカラー写真 (建物外観、事業所入り口、事務室、鍵付書庫、相談室入り口、相談室)
9	事業所の電話番号、FAX番号	☐ 変更届出書 ☐ 付表 1
4	事業所の平面図 (専用区画、レイアウト変更)	☐ 変更届出書 ☐ 付表 1 ☐ 図面 ☐ 変更箇所のカラー写真
5	管理者の氏名及び住所	<管理者が代わった場合> ☐ 変更届出書 ☐ 付表 1 ☐ 付表 2 ☐ 介護支援専門員証 (写真付き) (写) ☐ 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (変更月分) ☐ 主任介護支援専門員研修修了証 ☐ 誓約書 ※管理者が法人の代表者又は役員の場合
		<現管理者の『婚姻等による氏名変更』のみの場合> ☐ 変更届出書 ☐ 付表 1 ☐ 付表 2 ☐ 変更後の介護支援専門員証 (写真付き) (写)
		<現管理者の『住所変更』のみの場合> ☐ 変更届出書 ☐ 付表 1 ☐ 付表 2

変更No	変更事項	提出書類
6	運営規程 ①営業日 ②営業時間 ③従業者数 ④通常の事業の実施地域 ⑤利用料※ 等	☐ 変更届出書 ☐ 付表 1 ☐ 運営規程 ☐ 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式 1）（変更月分）（①②③の変更の場合のみ） ※ 加算届（介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（加算様式1-1））の提出により変更となる料金については、変更届の提出は不要です。変更後の料金表のみ加算届に添付し、提出してください。 加算届の提出を伴わない料金（通常の実施地域外の交通費等）の変更があった場合のみ変更届を提出してください。
7	介護支援専門員の氏名及び登録番号	<増員の場合> ☐ 変更届出書 ☐ 付表 1 ☐ 付表 2 ☐ 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（変更月分） ☐ 増員となった介護支援専門員の介護支援専門員証（写真付き）（写） <減員の場合> ☐ 変更届出書 ☐ 付表 1 ☐ 付表 2 ☐ 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式 1）（変更月分） <『婚姻等による氏名変更』又は『登録番号変更』のみの場合> ☐ 変更届出書 ☐ 付表 1 ☐ 付表 2 ☐ 変更後の介護支援専門員証（写真付き）（写）

変更届出様式は、昭島市のホームページからダウンロードできます。

<http://www.city.akishima.lg.jp/210/020/080/030/index.html>

トップページ>福祉のひろば>高齢の方への支援>事業者のかたへ>居宅介護支援事業所
提出した変更届出書類一式は、写しを時系列にファイリングする等し、届出状況を適切に管理してください。

名称及び代表者名(氏名)

	介護保険事業者番号		1	3									
指定した内容を変更した事業所	事業所の名称	フリガナ											
	事業所の所在地	(郵便番号 -)											
変更するサービスの種類					居宅介護支援事業所								
変更があつた事項					変更の内容								
1	事業所の名称				(変更前)								
2	事業所の所在地												
3	主たる事務所の所在地												
4	事業所の建物の構造、専用区画等												
5	事業所の管理者の氏名及び住所												
6	運営規程												
7	介護支援専門員の氏名及びその登録番号												
8	その他()												
変更年 月 日					年 月 日								
担当者 氏名					TEL				FAX				

3 法人の名称・所在地、代表者名・住所の変更の場合、変更届別表を添付してください。

変 更 届 出 書

(宛先) 昭島市長

開設(事業)者 東京都昭島市田中町1-17-1
所在地(住所) 株式会社〇〇
名称及び代表者名(氏名) 代表取締役 昭島 太郎

〇〇年 〇 月 〇 日

提出日を記載してください。
(変更後10日以内の提出をお願いします)

押印が省略されました。
(令和3年4月1日～)

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業者番号										
		1	3	*	*	*	*	*	*	*	*	
指 定 した 内 容 を 変 更 した 事 業 所	事業所の名称	フリガナ キョタクカイゴシエンジギョウショ 〇〇 居宅介護支援事業所 〇〇										
	事業所の所在地	(郵便番号 196-0014) 東京都昭島市田中町1-17-1										
	変更するサービスの種類 居宅介護支援事業所											
変 更 が あ っ た 事 項 変 更 の 内 容												
1	事業所の名称	(変更前) 管理者 昭島 花子 (〇〇年3月31日 〇〇事業所へ転出)										
2	事業所の所在地	介護支援専門員 介護 太郎 (〇〇年3月31日 退職)										
3	主たる事務所の所在地											
4	事業所の建物の構造、専用区画等											
5	事業所の管理者の氏名及び住所											
6	運営規程	(変更後) 管理者 昭島 太郎 (〇〇年4月1日 △△事業所より転入)										
7	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	介護支援専門員 介護 花子 (〇〇年4月1日 入職)										
8	その他()											
変 更 年 月 日 〇〇年 4 月 1 日												
担当者 氏名		介護支援専門員 介護 一郎										
		TEL 042-544-5111 FAX 042-546-8855										

職種・氏名・変更年月日・変更事由を記入してください。

変更事由(入職など)が生じた日を記入してください。

- 備考 1 該当項目に○を付してください。
2 変更内容の分かる書類を添付してください。(「変更届必要書類一覧」参照)
3 法人の名称・所在地、代表者名・住所(代表者住所以外)の場合、変更届別表を添付してください。

実際に書類を作成された方、
又は書類について内容が分かる方を記入してください。

書類について回答できる方に繋がる連絡先を記入してください。

付表 1

指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ																																			
	名 称																																			
	所在地	(郵便番号 -) 東京都昭島市																																		
	連絡先	電話番号											F A X 番号																							
管理者	フリガナ											住 所	(郵便番号 -)																							
	氏 名																																			
	生年月日																																			
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無 ☐ 有 ☐ 無																																			
	兼務する同一敷地内の										事業所等名称																									
	他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入)										兼務する職種 及び勤務時間等																									
○人員に関する基準の確認に必要な事項																																				
従業者の職種・員数(人)										介護支援専門員																										
										専 従																	兼 務									
										常 勤(人)																										
										非常勤(人)																										
事業開始時の利用者の推定数										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				～				日曜・祝日				～													
			備 考																																	
	利用料		法定代理受領分										なし																							
			法定代理受領分以外										介護報酬告示上の額																							
	その他の費用																																			
通常の事業実施地域		①					②					③					④					⑤														
		備 考																																		
添付書類		別添のとおり																																		

備考 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

付表2

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

	氏 名	介護支援専門員登録番号	登録都道府県
①	フリガナ		
	氏 名		
②	フリガナ		
	氏 名		
③	フリガナ		
	氏 名		
④	フリガナ		
	氏 名		
⑤	フリガナ		
	氏 名		
⑥	フリガナ		
	氏 名		
⑦	フリガナ		
	氏 名		
⑧	フリガナ		
	氏 名		
⑨	フリガナ		
	氏 名		
⑩	フリガナ		
	氏 名		
⑪	フリガナ		
	氏 名		
⑫	フリガナ		
	氏 名		
⑬	フリガナ		
	氏 名		
⑭	フリガナ		
	氏 名		
⑮	フリガナ		
	氏 名		
⑯	フリガナ		
	氏 名		

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

[illegible][illegible]

備考 1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。

2 申請する事業に係る従業者全員（管理者を含む。）について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。
（事務職員については、勤務している場合は記入してください。なお、指定後、事務職員の変更については、変更届の提出は不要です）

3 勤務形態の欄には、下記区分のとおり記載してください。

勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：非常勤で専従 D：非常勤で兼務

4 兼務がある場合は、兼務先及び兼務する職務の内容について、備考欄に記入してください。

事業所の平面図等

事業所又は施設の名称



備考1 各室の用途及び面積を記載してください。

2 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

3 設備及び備品の概要を記載することとなっている場合は、本様式の余白部分に当該サービスの提供を行うために整備する備品等の品名及び員数を記載することで差し支えありません。

(日本工業規格A列4番)

事業所の写真

◆ 次のカラー写真をA4の台紙等に貼り付けてください。(必要であれば、1箇所複数毎可)

写真は、台紙に4枚貼れるくらいの大きさでお願いいたします。パソコンで取り込んだ写真でも結構です。

事業所又は施設の名称	
------------	--

①建物外観

届出書
□ 付表
1

②事務室

③鍵付書庫

④相談室

相談室
(相談室が個室または仕切りで仕切られていることがわかる写真、相談室内部の写真)

(参考様式 4)

介護保険法第 79 条第 2 項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

(宛先) 昭島市長

住所

申請者

氏名 (法人にあっては名称及び代表者名)

印

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。(但し、申請者が法人である場合は、その役員等が下記の第三号の二から第五号まで又は第六号から前号までのいずれかに該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第79条第2項)

- 一 申請者が市町村の条例で定める者でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の介護支援専門員の人員が、第八十一条第一項の市町村の条例で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第八十一条第二項に規定する指定居宅介護支援の事業の運営に関する基準に従って適正な居宅介護支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 三の二 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 四 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 四の二 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 四の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
- 五 申請者が、第八十四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅介護支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅介護支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅介護支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 五の二 申請者と密接な関係を有する者が、第八十四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅介護支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅介護支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅介護支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

- 六 申請者が、第八十四条第一項又は第百十五條の三十五第六項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五條の規定による通知があつた日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第八十二条第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 六の二 申請者が、第八十三条第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第八十四条第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第八十二条第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 六の三 第六号に規定する期間内に第八十二条第二項の規定による事業の廃止の届出があつた場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であつた者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 七 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 八 申請者が、法人で、その役員等のうちに第三号の二から第五号まで又は第六号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 九 申請者が、法人でない事業所で、その管理者が第三号の二から第五号まで又は第六号から第七号までのいずれかに該当する者であるとき。