

変更届の提出書類一覧(生活介護、施設入所支援、自立訓練、療養介護、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援事業者用)

*変更後、10日以内に届出ください。

ただし、「12 定員変更」又は「13 介護給付費の請求に関する事項」の場合には、変更月の前月の15日前までに提出してください(4月の取扱いは通知参照)。

●必要書類／この他参考になる書類がありましたら添付してください。各届出様式等は報酬改定等により変更となる場合があるため、提出の際は最新の様式をお使いください。
※受印を押印した変更届の写しの返送を希望する場合は、切手を貼付した返信用封筒を同封してください。

*「2 事業所(施設)の所在地」、「12 従たる事業所・出張所の追加」、「7 事業所(施設)の平面図及び設備の概要」「8 事業所(施設)の管理者(施設長)の氏名及び住所」「10 事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所」又は「12 定員変更」の場合は、事前に都の担当部署にご相談ください。

平成25年5月1日以降の住所変更時には、利用者安全確保の為調査協力をお願いしております。

| 変更事由／変更後内容を記載の必要書類 | 変更届出書(総合支援法) | 付表 | 第5号様式その1.2及び体制等状況一覧表 | 定款 | 履歴事項全部証明書(写) | 土地・建物登記簿(もしくは賃貸借契約書)(写) | 条例(公営事業所のみ) | 事業所の平面図 | 事業所設備の面積表 | 消防計画書 | 設備品目リスト | 経歴書 | 資格免状の写し | サービス管理責任者研修修了証書 | 相談支援従事者研修修了証書 | 実務経験証明書 | 勤務体制一覧表 | 運営規程 | 理事会議事録(*4) | 法36条3項非該当誓約書及び役員等名簿 | 協力医療機関リスト | 主たる対象者を特定する理由書 | 耐震化調査票 | 関係機関との相談議事録 | | |
|---|--------------|----|----------------------|----|--------------|-------------------------|-------------|---------|-----------|-------|---------|-----|---------|-----------------|---------------|---------|---------|-------|------------|---------------------|-----------|----------------|--------|-------------|--|--|
| 様式の有無 | 有 | 有 | 有 | 無 | 無 | 無 | 無 | 無 | 参考様式有 | 無 | 参考様式有 | 有 | 無 | 無 | 無 | 参考様式有 | 有 | 参考様式有 | 無 | 有 | 有 | 有 | 有 | 参考様式有 | | |
| 1 事業所(施設)の名称 | ● | ● | | | | | ● | | | | | | | | | | | ● | ● | | | | | | | |
| 2 事業所(施設)の所在地 (*1) (*2) *電話・FAX番号が変わった場合は電話・FAX番号も記載 | ● | ● | | | | ● | (変更がある場合のみ) | ● | ● | ● | ● | | | | | | | ● | ● | | | ● | ● | | | |
| 3 申請者(設置者)の名称 【法人名変更】 | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | ● | | | | | | | |
| 4 主たる事務所の所在地 (*2) 【法人本部・区市町村役所の移転】 *電話・FAX番号が変わった場合は電話・FAX番号も記載 | ● | | ● | ● | | (変更がある場合のみ) | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | |
| 5 代表者(設置者)の氏名及び住所 | ● | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | ● | ● | | | | | | | |
| 6 定款・寄附行為等及びその登記簿の原本 又は条例等(当該事業に関するものに限る。) | ● | | ● | ● | | ● | | | | | | | | | | | | ● | ● | | | | | | | |
| 7 事業所(施設)の平面図及び設備の概要 (*1) (*2) | ● | | | | | | | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 事業所(施設)の管理者(施設長)の氏名及び住所 | ● | ● | | | | | | | | | | ● | ● | | | | | ● | ● | | | | | | | |
| 10 事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所 | ● | ● | | | | | | | | | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | |
| 11 主たる対象者 【定員の変更や従たる事業所・出張所の追加以外】 | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 (定員の変更) (*3) 【変更月の前月の15日前までに提出してください】 (従たる事業所・出張所の追加) (*1) | ● | ● | ● | | | | | ● | ● | ● | ● | | | | | | ● | ● | ● | | | | | ● | | |
| 13 介護給付費等(訓練等給付費)の請求に関する事項(報酬・加算等については届出書(様式5号)その1、その2、体制状況一覧表(別紙1)及び各加算の届出式が必要。別添添付一覧参照) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 協力医療機関の名称及び診療科名 並びに当該医療機関との契約内容 【変更月の前月の15日前までに提出してください】 | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 知的障害者支援施設等との連絡体制 及び支援の体制概要 | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 当該申請に係る事業の開始年月日 | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | |
| 19 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要 | ● | ● | | | | | | ● | ● | ● | ● | | ● | | | | | ● | | | | | | | | |
| 20 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要 | ● | ● | | | | | | ● | ● | ● | ● | | ● | | | | | ● | | | | | | | | |

別紙「基本報酬・加算等にかかる添付書類一覧」を参照ください。

* 1 用途変更が生じる場合等もありますので、変更届の提出前にご相談ください。

* 2 施設整備費補助金を受けた事業所にあっては、2、4、7について変更等がある場合は施設整備費補助金上の手続きが必要な場合がありますので、変更前にご相談ください。

* 3 定員規模の変更を伴う場合は、項目13の介護給付費等に係る手続きも必要になります。

* 4 変更事項が理事会審議事項でない場合(又は理事会自体が存在しない場合)は、法人としての意思決定がなされていることが確認できる書類(取締役会議事録や管理者の任命書等)をご提出ください。