

[illegible]

※変更後、10日以内に届出てください。

●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。なお、收受印を押した変更届の写しを希望される場合は、変更届の写しと切手を貼付した返信用封筒を同封してください。

●変更届提出先
〒163-0718
東京都新宿区西新宿2丁目7番1号 新宿第一生命ビル18階
公益財団法人東京都福祉保健財団 事業者支援部 障害福祉事業者指定室
(サービス名) 宛

変更事由／変更後内容を記載の必要書類		① 変更届出書	付表	登記簿謄本 (履歴事項全部証明)	条例 (公営事業所のみ)	事業所の 平面図	経歴書		資格 免状の 写し	児童発達 支援管理 責任者研 修修了証 書(*3)	相談支援 従事者研 修修了証 書(*3)	実務 経験証 明書	勤務形 態一覧 表(*1)	運 営 規 程	⑧ 非該当誓 約書 及び 役員等名 簿	協力医 療 機関リス ト	⑨ 耐震 化 調査 票
							③ 設備・備品 リスト	④ 管理 者									
備考		①					③	④	⑤						⑧		⑨
1	事業所(施設)の名称	●	●											●			
2	事業所(施設)の所在地(設置の場所)(*4) * 電話・FAX番号が変わった場合は必ず電話・FAX番号も記載すること	●	●	法人所轄庁が 変わる場合		● (*2)	●							●			●
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 【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必ず電話・FAX番号も記載すること	●		●	●												
5	代表者の氏名及び住所	●		●											●		
6	登記簿の謄本 又は条例等(当該事業に関するものに限る。)	●		●	●										●		
7	医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること	●															
8	事業所(施設)の平面図及び設備の概要(*4)	●				● (*2)	●										
9	事業所(施設)の管理者の氏名及び住所	●	●					●					●		●		
10	事業所の児童発達支援管理責任者の氏名及び住所	●	●						●	●	●	●	●	▲			
11	主たる対象者(重心／重心外の追加含む)(*5)	●	●										●	●			
12	運営規程 【営業時間の変更等】	●	●										●	●			
13	障害児(入所・通所)給付費の請求に関する事項 (定員区分の変更を伴う定員の変更も対象となります)	別ファイル「添付書類(報酬関係)」をご確認の上ご作成ください															
14	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	●	●														

- * 1 勤務形態一覧表を添付する変更事由が生じた際に、従業員の資格証／実務経験証明書を従前の変更届で届け出ている場合は、必ず当該従業員の資格証／実務経験証明書を添付すること。
- * 2 写真、賃貸借契約書、設備基準チェックリストを添付すること。
- * 3 やむを得ない事情により、児発管が不在になる場合はやむを得ない事由によるみなし配置について都への相談を行うこと。
- * 4 移転・レイアウト変更の際は、平面図及びチェックが完了した設備基準チェックリストを変更日の2か月以上前までに都(R5.4以降は東京都福祉保健財団)へメール等で提出する必要があります。
- * 5 加算に関する内容が含まれるため、前月15日までに提出が必要です。なお、加算に関する書類についても添付が必要です。(添付書類(報酬関係)ファイルを参照すること)

名称・診療科名・所在地を記載(契約書や協定書も添付すること)