

変更の届出が必要な事項：居宅サービス（介護予防を含む）、介護保険施設

変更の届出が必要な事項		居宅サービス（予防を含む）											介護保険施設			
		訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	居宅療養管理指導	通所介護	通所リハビリテーション	短期入所生活介護	短期入所療養介護	特定施設入居者生活介護	福祉用具貸与	特定福祉用具販売	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院
1	事業所（施設）の名称	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	事業所（施設）の所在地	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	申請者の名称	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	主たる事務所の所在地	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	法人等の種類	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所及び職名	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	共生型サービスの該当有無	○					○		○							
9	事業所（施設）の建物の構造及び専用区画等	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
10	備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業）		○													
11	利用者の推定数	○	○	○	○	○						○	○			
12	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所（介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
13	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	○														
14	運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
15	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関		○						○		○			○	○	○
16	事業所の種別			○	○	○		○		○						
17	提供する居宅療養管理指導の種類					○										
18	事業実施形態（本体施設が特別養護老人ホームの場合の空床型・併設型の別）								○							
19	利用者、入所者又は入院患者の定員								○	○					○	○
20	福祉用具の保管・消毒方法（委託している場合にあっては、委託先の状況）											○				
21	併設施設の状況等													○	○	○
22	介護支援専門員の氏名及びその登録番号											○			○	○