

変更届出が必要な事項一覧（サービス毎）

R6. 5. 16時点

		地 域 密 着 型 サ ー ビ ス									居 宅 介 護 支 援	介 護 予 防 支 援	総 合 事 業	
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護	夜間対応型訪問介護	地域密着型通所介護	（介護予防）認知症対応型通所介護	（介護予防）小規模多機能型居宅介護	（介護予防）認知症対応型共同生活介護	特定施設入居者生活介護	介護老人福祉施設入所者生活介護	看護小規模多機能型居宅介護			訪問型サービス	通所型サービス
1	事業所（施設）の名称	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	事業所（施設）の所在地	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	法人（申請者）の名称	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	主たる事務所の所在地	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所及び職名	○	○	○	○	○※1	○※1	○	○	○※1	○	○	○	○
6	登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	○	○	○	○※2	○※2	○※2	○	○	○※2	○	○	○	○
9	サービス提供責任者（訪問事業責任者）の氏名、生年月日、住所及び経歴												○	
10	運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
11	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関					○	○	○	○	○				
12	事業所の種別									○				
13	入院患者又は入所者の定員			○	○	○	○	○	○					○
14	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携、支援体制					○	○			○				
15	併設施設の状況等								○					
16	介護支援専門員（計画作成担当者等を含む。）の氏名及びその登録番号					○	○※3	○	○	○	○	○		
17	連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地	○												
18	その他	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

※1 小規模多機能型居宅介護及び認知症対応型共同生活介護の代表者は「認知症対応型サービス事業開設者研修」を修了していること、看護小規模多機能型居宅介護の代表者は「認知症対応型サービス事業開設者研修」の修了又は保健師若しくは看護師の資格を有していること。

※2 認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護の管理者は「認知症対応型サービス事業管理者研修」及び「認知症介護実践者研修」を修了していること、看護小規模多機能型居宅介護の管理者は「認知症対応型サービス事業管理者研修」の修了又は保健師若しくは看護師の資格を有していること。

※3 認知症対応型共同生活介護の計画作成担当者は「認知症介護実践者研修」又は「認知症介護基礎研修」を修了していること。