**変更等確認一覧**

市（町）長　様

以下の事項について相違ありません。

主たる事務所の所在地：

申請者の名称：

代表者の職・氏名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所の名称 | フリガナ |  | | |
| 名　称 |  | | |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　　） | | | |
| （建物の名称等） | | | |
| 電話番号 |  | | ＦＡＸ番号 |  |
| 介護保険事業所番号 |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 管理者 | 管理者の変更の有無 | | | | □変更有り | □変更無し |
| 人員基準  （職種、従業員数も  記入してください。） | 条例又は厚生労働省令で定める人員基準を満たしていますか | | | | □いいえ | □はい |
| 職種 |  |  |  |  |  |
| 従業員数 |  |  |  |  |  |
| 設備基準 | 条例又は厚生労働省令で定める設備基準を満たしていますか | | | | □いいえ | □はい |
| 専用区画等 | 専用区画等の変更の有無 | | | | □変更有り | □変更無し |
| 運営規程 | 利用定員の変更の有無 | | | | □変更有り | □変更無し |
| 営業日の変更の有無 | | | | □変更有り | □変更無し |
| その他の年間休日の変更の有無 | | | | □変更有り | □変更無し |
| 営業時間の変更の有無 | | | | □変更有り | □変更無し |
| サービス提供時間の変更の有無 | | | | □変更有り | □変更無し |
| 通常の実施地域の変更の有無 | | | | □変更有り | □変更無し |
| 加算届 | 介護給付費算定に係る体制の変更の有無 | | | | □変更有り | □変更無し |
| その他変更項目 |  | | | | | |

※「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準に定める条例」（平成24年大阪府条例第115号）並びに「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例」（平成24年大阪府条例第116号）又は「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）」の規定をそれぞれ満たすこと。

**・各項目について変更がある場合は、変更届を提出してください。**