**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 | 要綱で定める人員基準を満たしていますか | □いいえ | □はい |
| 設備基準 | 要綱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 |
| 加算届 | 介護予防・日常生活支援総合事業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 |  | | |

※訪問介護相当サービス、訪問介護相当サービス、訪問型サービスＡ及び通所型サービスＡについては、介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱の規定を満たすこと。

**・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。**