

## 変更届を要する事項（サービス別）

変更事項	定期巡回	密着デイ	認知デイ	小多機	GH	密着特養	看多機	居宅	総合事業
1 事業所の名称	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2 事業所の所在地	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3 申請者（開設者）の名称及び主たる事務所の所在地	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	○	○	○	☆	☆	○	☆	○	○
5 申請者の登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る）	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6 本体施設の概要並びに施設と本体施設との間の移動の経路及び方法並びにその移動に要する時間						○			
7 併設する施設の概要						○			
8 事業所が病院若しくは診療所又はその他の事業所のいずれかの別							○		
9 事業所（建物）の構造概要及び平面図並びに設備の概要	○	○	○	○	○	○	○	○	○
10 利用者の推定数（開設から3か月以内の訪問事業）									○
11 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所	○	○	※	※	※	○	※	★	○
12 運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○
13 協力医療機関（協力歯科医療機関）の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容				○	○	○	○		
14 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携体制及び支援の体制の概要				○	○		○		
15 介護支援専門員の氏名及びその登録番号				○	○	○	○	○	
16 連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地	○								
加算のうち届出の必要なものは「介護給付費算定に係る体制等に関する届出」等	○	○	○	○	○	○	○	○	○

☆ 代表者の経歴書及び研修受講修了証（複合型サービスは研修受講修了証又は資格証）が必要となるサービス

※ 管理者の経歴書（参考様式2）及び研修受講修了証（看多機は研修受講修了証又は資格証）が必要となるサービス

★ 管理者の経歴書（参考様式2）及び介護支援専門員の資格証が必要となるサービス

## 修了必須の研修

対象者	GH	小多機	看多機	認知デイ
代表者	認知症対応型サービス事業開設者研修			/
管理者	認知症対応型サービス事業管理者研修			
計画作成担当者	実践者研修又は基礎課程			/
	+ 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修			