

第15号様式（第14条関係）

変更届出書

広島県知事様

法人の所在地 法人名及び代表者の職・氏名を記入。

届出日を記入。

平成〇〇年1月〇〇日

郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇

開設（事業）者 法人の主たる事務所の所在地 広島市中区基町〇番〇〇号
 （個人にあっては、住所） 社会福祉法人 〇〇会
 法人の名称及び代表者の職氏名 理事長 □□ □□ 印
 （個人にあっては、氏名）

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

介護保険事業所番号		3	4	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
指定内容を変更した事業所（施設）		名称 ☆☆☆訪問介護事業所 所在地 広島市安佐北区××町×丁目×番××号										
サービスの種類		訪問介護										
変更があった事項		変更の内容										
1	事業所（施設）の名称	(変更前)										
2	事業所（施設）の所在地	管理者 〇〇 〇〇										
3	主たる事務所の所在地	(運営規程) 第〇条 〇〇名 常勤 〇〇名 非常勤 〇〇名 (例) 変更前の管理者の氏名を(変更前)に記入 変更後の管理者の氏名を(変更後)に記入する。変更前 変更後の内容が分かるよう記入すること。										
変更のあった事項に〇をつける。 代表者（開設者）の氏名及び住所 定款・寄附行為等及びその登記事項証明書・条例等 （当該事業に関するものに限る。） 事業所（施設）の建物の構造、専用区画等 備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護に限る。）		(変更後) 管理者 △△ △△ (運営規程) 第〇条 介護支援専門員 常勤1名 非常勤1名										
8	事業所（施設）の管理者の氏名及び住所 （介護老人保健施設を除く。）	変更内容が、各サービス事業者の指定に係る記載事項、勤務形態一覧表、運営規程の従業者の職種・員数と一致していること。										
9	サービス提供責任者の氏名及び住所	実際に変更の日を記入。										
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	提供する居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導の種類											
14	事業実施形態 （本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型・空床利用型・併設型の別）											
15	入院患者又は入所者の定員											
16	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											
17	福祉用具の保管・消毒方法（委託している場合にあつては、委託先の状況）											
18	併設施設の状況等											
19	役員の氏名、生年月日及び住所											
20	介護支援専門員の氏名及びその登録番号											
変更年月日		平成〇〇年1月□□日										

【記載例】

特別養護老人ホーム〇〇苑 入所定員 56人(前年度平均値 54人)

〇〇苑短期入所生活介護事業所 定員 18人(前年度平均値 16人)

別紙8-2

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業者の指定に係る記載事項
(本体施設が特別養護老人ホームの場合の空床利用型 併設事業所型)

※受付番号

事業所	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム〇〇エン								
	名称	特別養護老人ホーム〇〇苑								
	所在地	(郵便番号 730-△△△△) 広島県 〇〇 郡 〇〇市 □□町1番1号								
	連絡先	電話番号	082-000-0000		FAX番号	082-000-0000				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 第										
管理者	フリガナ	ヒロシマタロウ		住所	(郵便番号 730-000〇〇市□□町2番					
	氏名	広島 太郎								
	生年月日	S35.3.3		当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)						
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)		事業所等名称	〇〇苑短期入所生		兼務する職種及び勤務時間等				
				管理者						
空床型・併設型の別		空床型		◇特別養護老人ホームの名称		特別養護老人ホーム〇〇苑				
入所者数		54人(推定数を記入)		短期入所利用者数		16人(推定数を記入)				
◇従業員			医師		生活相談員		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	特別養護老人ホーム人員数	常勤(人)			1		3	1	20	3
		非常勤(人)	1						8	
	短期入所生活介護従事人数	常勤(人)			1		3	1	20	3
		非常勤(人)							8	
常勤換算後の人数(人)				1		4.0		25.1		
		栄養士		機能訓練指導員		栄養士を配置しない場合の措置				
		専従	兼務	専従	兼務	看護職員と機能訓練指導員を兼務する場合であって、個別機能訓練加算を算定しない場合。				
		1			1					
ホーム人員数		非常勤(人)								
短期入所生活介護従事人数		常勤(人)				1				
		非常勤(人)								
※基準上の必要人数(人)										
※適合の可否(人)										
◇設備基準上の記載項目等	居室		1室あたりの最大定員		4人		※基準上の必要数値		※適合の可否	
			利用者1人あたり最小床面積		10.65㎡		人以下			
	廊下		片廊下の幅		1.8m		ユニット型の場合は、共同生活室の面積を記載する。			
			中廊下の幅		2.7m					
		食堂と機能訓練室の合計面積		220㎡		㎡以上				
建物の構造概要										
揭示	特養入所定員		56人		◇短期入所利用定員数		人			
	利用料		法定代理受領分		法定代理受領分以外					

人員配置は本体と併設ショート合計で計算するため空床型であっても、併設ショートの利用者数(新規の場合は定員×90%, 変更・更新の場合は前年度の平均)を記載する。併設ショートがない場合は「0」を記入する。

併設ショートで定員20人以上の場合や「看護体制加算」を算定するため、併設ショート専従の看護職員を配置する場合、併設ショート専従職員は含めない。

看護職員と機能訓練指導員を兼務する場合であって、個別機能訓練加算を算定しない場合。

ユニット型の場合は、共同生活室の面積を記載する。

	その他の費用					
	通常を送迎 実施地域	①〇〇市	②	③	④	⑤
		備考				
◇協力医療機関	名称	××病院	主な診療科名	内科		
	名称	××歯科医院	主な診療科名	歯科		
	名称		主な診療科名			

- 添付書類
- 1 申請者の定款，寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - 2 特別養護老人ホームの許可証等の写し
 - 3 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
 - 4 事業所の管理者の経歴
 - 5 事業所の平面図（設備，備品概要を含む，本体施設を有するときは，当該施設の平面図も含む）
 - 6 事業所の居室面積等一覧表
 - 7 事業所の設備等に係る一覧表
 - 8 運営規程
 - 9 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
 - 10 この申請に係る資産の状況
 - 11 協力医療機関との契約の内容
 - 11 法第70条第2項各号（又は法第115条の2第2項各号。）に該当しないことを誓約する書面
 - 12 役員の氏名等
 - 13 その他必要と認められる書類

- 注
- 1 ※印の欄は，記入しないこと。
 - 2 記入欄が不足する場合は，適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること。
 - 3 本様式は，特別養護老人ホームの空床を利用して実施する場合又は特別養護老人ホームに併設して実施する場合に記載すること。
 - 4 介護老人福祉施設に係る空床型については，◇印の欄の記載を省略して差し支えないこと。
 - 5 当該指定居宅サービス又は指定介護予防サービス以外のサービスを実施する場合には，当該指定居宅サービス部分又は指定介護予防サービスとそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出すること。
 - 6 用紙の大きさは，日本工業規格A列4とする。

【記載例】

特別養護老人ホーム〇〇苑 入所定員 56人(前年度平均値 54人)

〇〇苑短期入所生活介護事業所 定員 18人(前年度平均値 16人)

別紙8-2

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業者の指定に係る記載事項
(本体施設が特別養護老人ホームの場合の空床利用型・併設事業所型)

※受付番号

事業所	フリガナ	〇〇エンタンキニューショセイカツカイゴジギョウショ						
	名称	〇〇苑短期入所生活介護事業所						
	所在地	(郵便番号 730-△△△△) 広島県 〇〇 郡 〇〇市 □□町1番1号						
	連絡先	電話番号	082-000-0000		FAX番号	082-000-0000		
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 第 条 第 項 第 号								
管理者	フリガナ	ヒロシマタロウ		住所	(郵便番号 730-0000)			
	氏名	広島 太郎			〇〇市□□町2番			
	生年月日	S55.3.3		当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)				
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)	事業所等名称	特別養護老人ホーム		兼務する職種及び勤務時間等	管理者		
空床型・併設型の別		併設型		◇特別養護老人ホームの名称	特別養護老人ホーム			
入所者数		54人(推定数を記入)		短期入所利用者数	16人(推定数を記入)			
◇従業員	特別養護老人ホーム人員数	常勤(人)		1		3	20	3
		非常勤(人)	1			1	8	
	短期入所生活介護従事人数	常勤(人)		1		4(1)	20	3
		非常勤(人)				1	8	
	常勤換算後の人数(人)						4.5	
	介護従事人数		非常勤(人)					
※基準上の必要人数(人)								
※適合の可否(人)								
◇設備基準上の記載項目等	居室	1室あたりの最大定員	4人		※基準上の必要数値		人以下	
	廊下	利用者1人あたり最小床面積	10.65㎡		※適合の可否		㎡以上	
		片廊下の幅	1.8m		㎡以上			
		中廊下の幅	2.7m		㎡以上			
	食堂と機能訓練室の合計面積		220㎡		㎡以上			
建物の構造概要								
揭示	特養入所定員	56人		短期入所利用定員数	18人			
	利用料	法定代理受領分 法定代理受領分以外						

本体と併設ショート勤務表は一体のものであるため、介護職員が介護支援専門員を兼務している場合、本体と同様に兼務として記載する。

本体と併設ショートを含めた常勤換算数を記載する。

併設ショートで定員が20人以上の場合や「看護体制加算」を算定するため、併設ショート専従の看護職員を1人配置する場合、本体と併設ショートを合わせた人数とし、併設ショート専従を()内に内数として記載する。

本体と併設ショートで「個別機能訓練加算」「機能訓練指導員の加算」を算定する場合、本体と同じ人物を配置しても算定できる。別に1配置する場合には2(1)とする。

ユニット型の場合は、共同生活室の面積を記載する。

	その他の費用					
	通常の送迎 実施地域	①〇〇市	②	③	④	⑤
		備考				
◇協力医療機関	名称	××病院	主な診療科名	内科		
	名称	××歯科医院	主な診療科名	歯科		
	名称		主な診療科名			

- 添付書類
- 1 申請者の定款，寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - 2 特別養護老人ホームの許可証等の写し
 - 3 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
 - 4 事業所の管理者の経歴
 - 5 事業所の平面図（設備，備品概要を含む，本体施設を有するときは，当該施設の平面図も含む）
 - 6 事業所の居室面積等一覧表
 - 7 事業所の設備等に係る一覧表
 - 8 運営規程
 - 9 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
 - 10 この申請に係る資産の状況
 - 11 協力医療機関との契約の内容
 - 11 法第70条第2項各号（又は法第115条の2第2項各号。）に該当しないことを誓約する書面
 - 12 役員の氏名等
 - 13 その他必要と認められる書類

- 注
- 1 ※印の欄は，記入しないこと。
 - 2 記入欄が不足する場合は，適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること。
 - 3 本様式は，特別養護老人ホームの空床を利用して実施する場合又は特別養護老人ホームに併設して実施する場合に記載すること。
 - 4 介護老人福祉施設に係る空床型については，◇印の欄の記載を省略して差し支えないこと。
 - 5 当該指定居宅サービス又は指定介護予防サービス以外のサービスを実施する場合には，当該指定居宅サービス部分又は指定介護予防サービスとそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出すること。
 - 6 用紙の大きさは，日本工業規格A列4とする。

指定居宅介護支援事業

記載例)

- ・ 管理者が管理業務のみ行う場合
- ・ ケアマネの変更 (広島太郎⇒大竹花子)

事業所	フリガナ	〇〇ケアサービス									
	名称	〇〇ケアサービス									
	所在地	(郵便番号 +++) - (****) 広島県 〇〇 郡 〇〇市 〇〇町1丁目1-1									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 第 2 条 第 1 項 第 号											
管理者	フリガナ	ヒロシマタロウ				(郵便番号 +++) - (++++)					
	氏名	広島 太郎									
	生年月日	S55.5.4									
	当該事業所で兼務する他										
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)	事業所名	兼務する職種		及び勤務時間等						
事業開始時の利用者の推定数		30 人									
従業者の職種・員数		介護支援専門員									
		専従					兼務				
常勤(人)		1									
非常勤(人)		1									
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	12/28~1/3
	営業時間	平日	9:00~17:00		土曜			日曜・祝日			
	利用料	法定代理受領分									
		法定代理受領分以外									
	その他の費用										
通常の事業実施地域	①	〇〇市	②	③		④	⑤				
	備考										

変更届や更新の場合には、同時に提出の勤務形態一覧表の月末時点の給付管理予定数を記入してください。

管理業務のみ実施する介護支援専門員は含めません。

- 添付書類
- 1 申請者の定款，寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - 2 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
 - 3 事業所の管理者の経歴
 - 4 事業所の平面図（設備，備品概要を含む）
 - 5 運営規程
 - 6 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
 - 7 この申請に係る資産の状況
 - 8 関係市町村及び他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容
 - 9 法第79条第2項各号に該当しないことを誓約する書面
 - 10 役員の氏名等
 - 11 その他必要と認められる書類

- 注
- 1 ※印の欄は，記入しないこと。
 - 2 記入欄が不足する場合は，適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること。
 - 3 用紙の大きさは，日本工業規格A列4とする。

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

※受付番号

管理業務のみ実施する介護支援専門員は含めません。

	氏名		介護支援専門員登録番号	都道府県
①	フリガナ	オオタケハナコ	+++++++	広島県
	氏名	大竹 花子		
②	フリガナ	タケハライチロウ	+++++++	広島県
	氏名	竹原 一郎		
③	フリガナ			
	氏名			
④	フリガナ			
	氏名			
⑤	フリガナ			
	氏名			
⑥	フリガナ			
	氏名			
⑦	フリガナ			
	氏名			
⑧	フリガナ			
	氏名			
⑨	フリガナ			
	氏名			
⑩	フリガナ			
	氏名			
⑪	フリガナ			
	氏名			
⑫	フリガナ			
	氏名			
⑬	フリガナ			
	氏名			
⑭	フリガナ			
	氏名			
⑮	フリガナ			
	氏名			
⑯	フリガナ			
	氏名			

- 注 1 ※印の欄は、記入しないこと。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること。
 3 介護支援専門員登録証明書の写しを添付すること。
 4 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

介護療養型医療施設の指定に係る記載事項(病院による場合)(その1)

※受付番号

病院	フリガナ																			
	名称																			
	所在地	(郵便番号 -) 広島県 郡市																		
	連絡先	電話番号					FAX番号													
病院の開設年月日																				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)															
	氏名																			
	生年月日																			
	当該病院で兼務する他の職種(兼務の場合記入)																			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等名称																	
		兼務する職種及び勤務時間等																		
病院全体の状況		病院全体の病棟数		左のうち申請する病床を有する病棟数		病院全体の病床数		左のうち申請する病床数		(注) 「病棟」とは、看護単位のことであり、1病棟の病床数の上限は60床										
													①療養病床を有する病棟		棟	◇	棟	床	床	床
													②老人性認知症疾患療養病棟		棟	◇	棟	床	床	床
													その他の病棟		棟			床		
合計		棟																		
主な掲示事項「入院患者の定員」と同じ数字を記載																				
申請する病棟を有する病床ごとの内訳		当該病棟の病床数		左のうち申請する病床数		当の患者数		完全型		転換型										
								(該当する方に○)												
								①療養病床を有する病棟		80 床	50 床	人	○							
②老人性認知症疾患療養病棟		床	床	人																
当該病棟(全体として)の従業者の職種・員数 (①療養病床を有する病棟)		看護職員		介護職員		理学・作業療法士		介護支援専門員等		(注) 病棟全体でなく病棟の一部の病床を介護保険適用病床として申請する場合は、左の従業者の職種・員数欄には、医療保険適用部分を含む当該病棟(看護単位と同じ)全体について記載すること。										
		専従		兼務		専従		兼務					専従		兼務					
		常勤(人)																		
		非常勤(人)																		
		常勤換算後の人数(人)																		
		※基準上の必要人数(人)																		
※適合の可否																				
当該病棟(全体として)の従業者の職種・員数 (②老人性認知症疾患療養病棟)		看護職員		介護職員		作業療法士		精神保健福祉士等		介護支援専門員等										
		専従		兼務		専従		兼務					専従		兼務					
		常勤(人)																		
		非常勤(人)																		
		常勤換算後の人数(人)																		
		※基準上の必要人数(人)																		
※適合の可否																				

注 1 ※印の欄は、記入しないこと。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること。
 3 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

介護療養型医療施設の指定に係る記載事項(病院による場合)(その2)

※受付番号

当該病棟(全体として)の設備基準上の数値記載項目				※基準上の必要数値	※適合の可否	
①療養病床を有する病棟	完全型	病室	1室の最大病床数	床	床以下	
			入院患者1人あたり最小床面積	(内のり) m ²	m ² 以上	
		機能訓練室の面積		(内のり) m ²	m ² 以上	
		廊下	片廊下の幅	(内のり) m	m以上	
			中廊下の幅	(内のり) m	m以上	
		食堂面積		(内のり) m ²	m ² 以上	
	転換型	病室	1室の最大病床数	床	床以下	
			入院患者1人あたり最小床面積	m ²	m ² 以上	
		機能訓練室の面積		(内のり) m ²		
		廊下	片廊下の幅	(内のり) m	m以上	
			中廊下の幅	(内のり) m	m以上	
		食堂面積		(内のり) m ²		
②老人性認知症疾患療養病棟	完全型	病室	1室の最大病床数	床	床以下	
			入院患者1人あたり最小床面積	m ²	m ² 以上	
		当該病棟の用に供される部分の床面積		m ²	m ² 以上	
		廊下	片廊下の幅	(内のり) m	m以上	
			中廊下の幅	(内のり) m	m以上	
		生活機能回復訓練室の面積		m ²	m ² 以上	
		ダイルーム及び面会室の合計面積		m ²	m ² 以上	
		食堂面積(ダイルームを使用する場合はその面積)		m ²	m ² 以上	
		転換型	病室	1室の最大病床数	床	床以下
	入院患者1人あたり最小床面積			m ²	m ² 以上	
	当該病棟の用に供される部分の床面積		m ²	m ² 以上		
	廊下		片廊下の幅	(内のり) m	m以上	
			中廊下の幅	(内のり) m	m以上	
	生活機能回復訓練室の面積		m ²	m ² 以上		
	ダイルーム及び面会室		病棟全体ではなく、介護に係る病床数を記入(申請する病床数と同じ数字)			
	食堂面積(ダイルームを使用する場合はその面積)					
	主な掲示事項					
	入院患者の定員			50		
利用料	法定代理受領分					
	法定代理受領分以外					
その他の費用						

- 添付書類
- 1 申請者の定款，寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等(当該申請に係る事業所が法人以外の者の開設する病院又は診療所であるときを除く。)
 - 2 病院の使用許可証等の写し
 - 3 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
 - 4 精神保健福祉士に準ずる者の経歴
 - 5 事業所の平面図
 - 6 事業所の居室面積等一覧表
 - 7 事業所の設備等に係る一覧表
 - 8 併設する施設の概要
 - 9 運営規程
 - 10 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
 - 11 法第107条第3項各号に該当しないことを誓約する書面
 - 12 役員の氏名等
 - 13 介護支援専門員の氏名及びその登録番号
 - 14 その他必要と認められる書類

- 注
- 1 ※印の欄は，記入しないこと。
 - 2 記入欄が不足する場合は，適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること。
 - 3 同種で複数の病棟で申請を行う場合は，病棟ごとの内訳，従業者の職種・員数，設備基準上の数値記載項目及び主な掲示事項については，病棟ごとに記載すること。
 - 4 同一の病棟(看護単位と同じ)に療養病床の病床と急性期の病床が混在している場合は，この申請書の記載に当たっては，それぞれ別々の病棟であるとみなして記載すること。
 - 5 用紙の大きさは，日本工業規格A列4とする。