

指定内容変更届出書・届出必要項目一覧(サービス別)

サービス種別\変更項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13		14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
	事業所(施設)の名称	事業所(施設)の所在地	申請者の名称	主たる事務所の所在地	法人等の種類	生年(代表者(開設者)の氏名、住所及び職名)	登記事項(限る)証明書の内容	事業所(施設)の建物(造、専用区画等)	備品	利用者の推定数	事業所(施設)の氏名、生年月日及び住所	サービス提供責任者の氏名、生年月日及び住所	訪問事業責任者の氏名、生年月日及び住所	運営規程(従業員数及び職務の内容)	運営規程(左記以外)	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関	事業所の種別	提供する居宅療養管理指導の種類	特別養護老人ホーム(併設事業所)の空床利用率	事業実施形態(本施設が特別養護老人ホームの場合)	利用者、入所者又は入院患者の定員	指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携、支援体制	(委託先)の状況	福祉用具の保管・消毒方法	連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地	併設施設の状態等	動経路等 本施設との移動
訪問介護	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
訪問入浴介護	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
訪問看護	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
訪問リハビリテーション	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
居宅療養管理指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
通所介護	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
通所リハビリテーション	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
短期入所生活介護	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
短期入所療養介護	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
特定施設入居者生活介護	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
福祉用具貸与	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
特定福祉用具販売	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
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	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
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	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
地域密着型特定施設入居者生活介護	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
地域密着型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	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
居宅介護支援	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護老人福祉施設	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護老人保健施設	○	○	○	○	○	○	○	▲	○	■	○	○	○	▲	○	▲	○	○	○	○	▲	○	○	○	○	○	○
介護医療院	○	○	○	○	○	○	○	▲	○	■	○	○	○	▲	○	▲	○	○	○	○	▲	○	○	○	○	○	○
介護予防支援	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
総合事業の訪問型サービス	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
総合事業の通所型サービス	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

※▲については、事前の許可が必要です。介護ケア推進課に御相談ください。
 ※■については、事前承認及び変更届の両方が必要です。介護ケア推進課に御相談ください。