様式第３２号（第15条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　号

　　　 　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）八代市長

　 　 事業者の住所（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　 事業者の氏名（名　称）

（代表者職氏名）

老人デイサービスセンター等事業変更届

　下記のとおり変更したので、老人福祉法第１５条の２第１項の規定により届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設の名称 |  | | | |
| 施設の種類 | 老人デイサービスセンター | 施設の内容 |  | |
| 施設の所在地 | 八代市 | | | |
| 変　更　事　項  （該当するものに〇） | （１）施設の名称、種類及び所在地  （２）建物の規模及び構造並びに設備の概要  （３）施設の長の氏名  （４）事業を行おうとする区域（市町村の委託を受けて事業  行おうとする者にあっては、当該市町村の名称を含む。） | | | |
| 変　更　内　容 | 変　　更　　前 | | | 変　　更　　後 |
|  | | |  |
| 変　更　年　月　日 | 令和　　年　　月　　日 | | | |

様式第３２号（第15条関係）　　**記入例（老人デイサービスセンターの場合）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　○　号

事業開始予定より前

　　　 　 　　 　　　　　　　　　　　令和○○年○月○日

　（宛先）八代市長

　 　事業者の住所（所在地）○○市○○町○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者の氏名（名　称）　○○○法人

（代表者職氏名）代表取締役〇〇　〇〇　実印

管理者ではなく法人名（法人代表者名も）

老人デイサービスセンター等事業変更届

　下記のとおり変更したので、老人福祉法第15条の２第１項の規定により届け出ます。

事業所の名称

記

老人福祉法の規定による事業の種類

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設の名称 | デイサービス○○○  介護保険法の規定によるサービス種類 | | | |
| 施設の種類 | 老人デイサービスセンター | 施設の内容 | 地域密着型通所介護 | |
| 施設の所在地 | 八代市○○町○○　　　　　℡番号xxxx-xx-xxxx | | | |
| 変更事項  （１）～（４）に該当するものに〇を記載 | （１）施設の名称、種類及び所在地  （２）建物の規模及び構造並びに設備の概要  （３）施設の長の氏名  （４）事業を行おうとする区域（市町村の委託を受けて事業  行おうとする者にあっては、当該市町村の名称を含む。） | | | |
| 変更内容 | 変更前 | | | 変更後  変更内容は別紙でも可  関連書類を添付 |
| ＊変更前の内容を記入  職員  管理者　○○　○○ | | | ＊変更後の内容を記入  職員  管理者　△△　△△      （３）施設の長（管理者）については、介護保険法上の「地域密着型サービス事業者等変更届出」における資格及び提出要件と同じ。 |
| 変更年月日 | 令和○○年　○月　○日 | | | |

老人福祉法上の届出チェック表【老人デイサービスセンター変更届】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| チェックする項目  （変更点に○） | 内容 | チェック | |
| 事業所 | 八代市 |
| １届出の日付 | 変更年月日より１月以内になっているか |  |  |
| ２事業者（届出者）の住所・氏名 | ・法人の場合は、法人代表者職氏名まで記載されているか  ・法人の場合は、法人の実印が押印されているか |  |  |
| ３施設の名称 | 施設（事業所）の名称 |  |  |
| ４事業の種類 | 老人デイサービスセンターのみ  （老人福祉法に規定されている事業の種類） |  |  |
| ５施設の内容 | 介護保険法上に規定されているサービスの種類（内容）が記載されているか  　・地域密着型通所介護  　・（介護予防）認知症対応型通所介護 |  |  |
| ６変更事項  （変更内容に○をつける） | 変更事項に〇が記載されているか |  |  |
| ７変更内容 | 変更前と変更後が分かるよう記載されているか |  |  |
| （１）施設等の名称、種類、所在地 | 施設（事業所）等の名称、種類、所在地  所在地変更の場合、位置図を示したか |  |  |
| （２）建物の規模及び構造、並びに設備概要 | 施設（事業所）規模及び構造、設備概要  平面図、各室の求積票及び建築基準法による検査済証写は添付したか |  |  |
| （３）施設長（管理者）の氏名 | ※介護保険法上の変更届出の資格及び提出要件と同じ |  |  |
| （４）事業を行おうとする区域 | 事業を実施する予定の市町村名が記載されているか |  |  |
| 8変更年月日 | 変更後の１か月以内になっているか |  |  |

※上記項目を確認の上（○をつけてください）、様式第３２号に添付願います