地域密着型サービス事業所等（地域密着型サービス事業所及び居宅介護支援事業所）の変更届出時に必要な添付書類一覧

添付書類【様式等】／変更事項		1 付表【1～9・　】13	2 登記事項証明書	3 法人全体の組織体制図	4 【参考様式1】勤務体制及び勤務形態一覧表	5 従業者の雇用を示す書類	6 資格者証等	7 認知症研修等修了証	8 【参考様式2】管理者経歴書	9 事業所の平面図、写真	10 付近の地図	11 【参考様式5】設備・備品等一覧表	12 運営規程	13 協力医療機関（歯科医療機関）との契約の内容	14 介護老人福祉施設・介護老人保健施設の概要、病院等との連携体制及び支援体制	15 誓約書【参考様式9】	16 【参考様式10】介護支援専門員一覧	17 建築確認済証と検査済証（新築）建築確認済証と工事完了届（改築）	18 消防用設備等点検結果報告書（既存）消防用設備等点検済証（新築）	19 土地及び建物の使用権限を確認できる書類	老人福祉法の届出 老人居宅生活支援事業	老人デイサービスセンター	業務管理体制の届出 届出事項の変更（第2号様式）	留意事項
		当該サービスに係る付表を添付	写しでも可	管理者等が他法人事業所の業務を兼務している場合、当該法人に属する全ての事業所について記載する。	事業所の従業員全員分について記載する。	①雇用契約書②雇用証明書のいずれか、押印があるもの。いずれの場合も本人の署名を提出。	ケアマネの場合は、介護支援専門員証の写し	認知症対応型共同生活介護、（看護）小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護のみ	認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護のみ	外観及び各部屋の写真（撮影方向を平面図に記載）	住宅地図及び案内地図	※居宅は不要		小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、看護小規模多機能型居宅介護のみ	【地域密着型サービス】	サービスの種類によって別紙①～③を添付	介護支援専門員証の番号を記載する。	写し	防消防用設備等点検済証（新築）建築確認済証と工事完了届（改築）を提出	※写し可。消防署に確認した旨の文書を提出	登記事項証明書（写しでも可）又は賃貸借契約書等の写し	○定期巡回・随時対応型訪問介護看護、○定期巡回・随時対応型訪問介護看護（看護小規模多機能型居宅介護）、○認知症対応型通所介護（認知症対応型通所介護）、○地域密着型特定施設入居者生活介護、○地域密着型通所介護（地域密着型通所介護）、○第1号通所事業（相当）、○第1号訪問事業（相当）、○第1号介護予防ケアマネジメント事業（相当）	○特別養護老人ホーム等に併設される地域密着型通所介護と認知症対応型通所介護（ない場合は第1号通所事業（相当））	ハ 市町村で地域密着型サービスのみを運営している法人	
1	事業所・施設の名称	○											○									○	○	○	
2	事業所・施設の所在地	○								○	○	△	○					○	○	○		○	○	○	移転の場合は要事前協議
3	申請者の名称（法人名）	○	○																			○	○	○	事業譲渡等による場合別途要届出
4	主たる事務所の所在地（法人所在地）	○	○																			○	○	○	
5	代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所	○	○					○（開設者研修）								○						○		○（法令責任者）	
6	登記事項証明書又は条例等（当該事業関係に限る）	○	○																						
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等【要事前協議】	○								○								○	○				○		要事前協議
8	事業所・施設の管理者の氏名、生年月日及び住所	○		○	○	○（当該管理者分）	○（当該管理者分）	○（当該管理者分）	○（当該管理者分）							○						△（住所変更は不要）	△（住所変更は不要）	△（法令責任者）（住所変更は不要）	
9	運営規程 定員の変更	○			○					△（増員で面積増の場合）			○									○（通所介護は不要）			
9	運営規程 営業日の変更	○			○								○												
9	運営規程 その他	○			△								○									△	△		
10	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関（地域密着型サービス）	○												○											
11	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（地域密着型サービス）	○													○										
12	本体施設、本体施設との移動経路	○								○															地域密着型サービスのみ
13	併設施設の状況等	○								○															
14	計画作成担当者又は介護支援専門員の氏名及びその登録番号	○		○	○	○（増員分）	○（増員分）	○									○					○			
15	その他（電話番号・FAX番号等）	○	適宜（関係書類提出）																					△（主たる事務所）	

内容によってその他添付書類の提出が必要となります。

事業を行おうとする区域を変更する場合

①小規模多機能：実践者研修＋計画作成担当者研修
②GH：実践者研修
③居宅介護支援は不要