変更届出書等（「変更届出書」、「廃止・休止届出書」、「再開届出書」、「指定辞退届出書」）について

□変更届出書

介護保険法の規定により、事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令（介護保険施行規則）で定める事項に変更が生じた場合には、変更が生じた日から１０日以内に変更届出書を提出する必要があります。

なお、運営規程の内容のうち、人員基準を満たした上での「従業者の職種、員数及び職務の内容」の変更については、変更の届出は１年のうちの一定の時期に行うことで構いません。

※介護老人保健施設及び介護医療院については、変更内容によっては、変更申請書が必要となります。

【留意事項】

・事業所の所在地の変更や利用者の定員の増に係る変更については、事前に協議して下さい。

【提出書類】

・「変更届出書（第34号様式、第42号様式）」のほか、変更内容がわかる資料

【提出先及び提出方法】

・長崎市福祉総務課あてに１部を提出して下さい。なお、提出は郵送でも構いません。

□廃止・休止届出書

事業所が当該事業を廃止・休止しようとするときは、その廃止・休止する日の１月前までに、廃止・休止しようとする年月日、廃止・休止の理由、現にサービスを受けている者に対する措置等を届け出る必要があります（介護老人福祉施設は辞退届出書。）。

なお、事業所の廃止・休止時には、現在のサービス利用者が継続してサービスの提供を希望する場合には、必要なサービスが継続的に提供されるように、指定居宅介護支援事業者、他の指定居宅サービス事業者その他関係者との連絡調整その他の便宜の提供を行わなければなりません。

【提出書類】

・「廃止・休止届出書（第35号様式）」のほか、必要に応じて現にサービスを利用している者に対する措置（他施設への引き継ぎ等）を具体的に記載した書類

・廃止の場合は、交付済みの介護保険事業者指定書の原本

【提出先及び提出方法】

・長崎市福祉総務課あてに１部を提出して下さい。なお、提出は郵送でも構いません。

□再開届出書

休止中の事業所を再開した場合には、再開した日から１０日以内に再開の届出書を提出する必要があります。

【留意事項】

・休止中の事業所を再開する場合は、事前に協議して下さい。

【提出書類】

・「再開届出書（第35号様式の2）」のほか、原則として新規に指定申請を行う場合と同様の添付書類

【提出先及び提出方法】

・長崎市福祉総務課あてに１部を提出して下さい。なお、提出は郵送でも構いません。

□指定辞退届出書

介護老人福祉施設は，１月以上の予告期間を設けて，指定を辞退するとされています。

なお、指定の辞退をするときには、現在のサービス利用者が継続してサービスの提供を希望する場合には、必要なサービスが継続的に提供されるように、他の指定介護老人福祉施設の開設者その他関係者との連絡調整その他の便宜の提供を行わなければなりません。

【提出書類】

・「指定辞退届出書（第36号様式）」のほか、必要に応じて現にサービスを利用している者に対する措置（他施設への引き継ぎ等）を具体的に記載した書類

・交付済みの介護保険事業者指定書の原本

【提出先及び提出方法】

・長崎市福祉総務課あてに１部を提出して下さい。なお、提出は郵送でも構いません。

第34号様式（第34条、第45条関係）

【記載例】

変　更　届　出　書

○年○月○日

変更する事業所を開設している法人等の住所、名称、代表者氏名を記入してください。

　　長崎市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　長崎市○○町○○番○○号

　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　桜町サービス

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表取締役　長崎　太郎

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （名称及び代表者氏名）

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所等 | | 名称  変更するサービスの種類を記入してください。介護予防についても記載してください。  ヘルパーステーション○○ | | | | | | | | | | |
| 所在地  長崎市○○町○○番○○号 | | | | | | | | | | |
| サ　ー　ビ　ス　の　種　類 | | 訪問介護 | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | ○年○月○日 | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項（該当に○） | | 変　更　の　内　容  変更年月日を記入してください。なお、変更前10日以内に届け出る必要があります。 | | | | | | | | | | |
|  | 事業所（施設）の名称 | （変更前）  ・管理者兼サービス提供責任者　長崎　太郎  ・運営規程第5条（営業日及び営業時間の変更）  営業日　月～金（祝日除く） | | | | | | | | | | |
|  | 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 |
|  | 代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所 |
|  | 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事業）  変更があった項目に○印をつけてください。 |
| ○ | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所  （介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。） |
| ○ | サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| ○ | 運営規程 |
|  | 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 | （変更後）  ・管理者兼サービス提供責任者　長崎　花子  ・運営規程第5条（営業日及び営業時間の変更）  営業日　月～金（祝日、12/28～1/3除く） | | | | | | | | | | |
|  | 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） |
|  | 利用者、入所者又は入院患者の定員 |
|  | 福祉用具の保管・消毒方法  （委託している場合にあっては、委託先の状況） |
|  | 併設施設の状況等 |
|  | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |

備考　　変更内容が分かる書類を添付してください。