

江戸川区介護予防・日常生活支援総合事業 変更事項別提出書類一覧

変更があったときは、変更の日から**10日以内に**届出が必要です。「提出書類」の□に「レ」を付し、提出書類の漏れがないよう確認の上ご提出ください。  
 ただし、加算等の届出については、15日以前に提出された場合には翌月から算定が開始されます。  
 (ホームページの介護予防・日常生活支援総合事業関係の「加算について」参照)  
 ※この様式は、漏れがないためのチェックシートですので、提出は不要です。

<提出先>  
 〒132-8501 東京都江戸川区中央1-4-1  
 江戸川区 福祉部介護保険課 事業者調整係  
 電話 03-5662-0032

変更届出書の控えの返送をご希望の場合は、**江戸川区介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定内容変更届出書の写しと、切手を貼った返信用封筒を添付**して提出してください。なお、この変更届出書の写しに押印される収受印は、介護保険課担当に到着した日付を示すものであり、変更届出書の受理および手続の完了を意味するものではありません。返送後に書類の差替えや再提出を求める場合がありますのでご了承ください。  
 提出した変更届出書類一式の写しは時系列にファイリングする等して保管し、**届出状況を適切に管理してください。**

変更No	変更事項	チェック	提出書類
	共通提出書類 ※全ての項目において必要な書類です。		江戸川区介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定内容変更届出書 <input type="checkbox"/> 申請者欄に <b>法人名、所在地、代表者名</b> が記入されているか。 <input type="checkbox"/> 事業所番号、事業所の名称・所在地、サービス種類にチェックが入っているか。 <input type="checkbox"/> 変更があった事項に○がされているか。 <input type="checkbox"/> 変更内容欄は <b>変更内容が特定できる文言</b> が記入されているか(新旧対照表の添付等でも可)。 <input type="checkbox"/> 変更年月日は添付書類と整合性があるか。 <input type="checkbox"/> 事業所・主たる事務所の所在地の電話・FAX番号が変更となる場合は変更前・変更後欄に番号を記入してください。
1	事業所の名称	付表	通所型 ※2単位以上は、2-1別紙も必要 訪問型
		運営規程	
2	事業所の所在地 ※事前に相談してください。	付表	通所型 ※2単位以上は、2-1別紙も必要 訪問型
		運営規程	
			平面図等(参考様式4)
			事業所内外の写真
3	申請者(法人)の名称		登記事項証明書
			運営規程
4	主たる事務所(法人)の所在地		登記事項証明書
5	代表者の氏名、生年月日、住所および職名		登記事項証明書
			誓約書(参考様式7)
6	登記事項証明書または条例等(当該事業に関するものに限る。)		登記事項証明書
7	事業所の平面図、設備の概要等	付表	通所型 ※2単位以上は、2-1別紙も必要 訪問型
			平面図(参考様式4)
			<input type="checkbox"/> 長さ等の標記があり、面積が算出できるか。 <input type="checkbox"/> 食堂および機能訓練室の面積算出について、算定した根拠となる計算式の表示があるか。(面積は内法で算出してください)
			変更した部分の写真
8	事業所の管理者の氏名、生年月日および住所		※(別シート)『人員変更に係る提出書類一覧(介護予防・日常生活支援総合事業)』を参考に ご準備をお願いいたします。
9	運営規程 ①営業日・営業時間 ②サービス提供日・提供時間 ③単位・ユニットの増減(通所型サービス) ④利用料 ⑤通常の事業の実施地域 ⑥利用定員(通所型サービス) ⑦その他 ※緩和型は事前に相談してください。	付表(⑦以外)	通所型 ※2単位以上は、2-1別紙も必要 訪問型
			運営規程
			従業者の勤務の体制および勤務形態一覧表(参考様式1)(①、②、③、⑥の場合のみ) <input type="checkbox"/> 変更後の体制が分かるものであるか。 <input type="checkbox"/> 管理者の勤務時間は、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達しているか。 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数は付表の人数と相違ないか。 <input type="checkbox"/> 複数単位がある場合は、その単位分の勤務表があるか。 <input type="checkbox"/> 従業者が兼務している場合、職種ごとに勤務時間数の記載があるか。
			サービス提供実施単位一覧表(参考様式2)(通所型サービスの②、③、⑥の場合のみ)
			料金表(④の場合のみ)
			平面図(⑥の場合のみ) <input type="checkbox"/> 長さ等の標記があり、面積が算出できるか。 <input type="checkbox"/> 食堂および機能訓練室の面積算出について、算定した根拠となる計算式の表示があるか。(面積は内法で算出してください)
			変更した部分の写真(⑥の場合のみ)
10	サービス事業費の請求に関する事項(加算の変更)		介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表 加算の種類に応じて必要な添付書類
11	その他□		※サービス提供責任者等の人員の変更については、『人員変更に係る提出書類一覧(介護予防・日常生活支援総合事業)』を参考に ご準備をお願いいたします。

人員変更に係る提出書類一覧（介護予防・日常生活支援総合事業）

サービス種別	変更事項	チェック	提出書類
共通提出書類 ※全ての項目において必要な書類です。			<p><b>江戸川区介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定内容変更届出書</b></p> <p><input type="checkbox"/>申請者欄に<b>法人名、所在地、代表者名</b>が記入されているか。  <input type="checkbox"/>事業所番号、事業所の名称・所在地、サービス種別は正しく記入されているか。  <input type="checkbox"/>変更があった事項（管理者は8、その他の職種は11）に○がされているか。  <input type="checkbox"/>変更内容欄は<b>変更内容が特定できる</b>文言が記入されているか（新旧対照表の添付等でも可）。  <input type="checkbox"/>変更年月日は添付書類と整合性があるか。</p>
		付表	<p><b>通所型 ※2単位以上は2-1別紙も必要</b></p> <p><b>訪問型</b></p> <p><input type="checkbox"/>事業所欄の名称、所在地が変更届と一致しているか。  <input type="checkbox"/>変更内容が反映されているか。  <input type="checkbox"/>添付書類（勤務形態一覧表、運営規程等）と矛盾がないか。</p>
			<p><b>従業員の勤務の体制および勤務形態一覧表(参考様式1)</b></p> <p><input type="checkbox"/>変更後の体制が分かるものであるか。  <input type="checkbox"/>管理者の勤務時間は、当該事業所において定められている常勤の従業員が勤務すべき時間数に達しているか。  <input type="checkbox"/>従業員の職種・員数は付表の人数と相違ないか。  <input type="checkbox"/>複数単位がある場合は、その単位分の勤務表があるか。  <input type="checkbox"/>従業員が兼務している場合、職種ごとに勤務時間数の記載があるか。</p>
サ訪問型	管理者		共通提出書類のみ
	サービス提供責任者		資格証（写）（減員の場合は不要です。） 介護福祉士その他厚生労働大臣が定める者。
通所型サービス	管理者		共通提出書類のみ
	生活相談員		<p>資格証（写）（減員の場合は不要です。）                      社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者又はこれらと同等以上の能力を有すると認められる者                      「社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者」については厚労省ホームページ、「これらと同等以上の能力を有すると認められる者」については「通所介護及び短期入所生活介護事業所における生活相談員の資格要件について（東京都通知）」を参照してください。</p>
	看護職員		<p>在職証明書（減員の場合は不要です。）                      ※介護福祉士等、実務経験が要件になっている場合はご提出をお願いいたします。</p> <p>資格証（写）（減員の場合は不要です。）                      看護師、准看護師</p>
	機能訓練指導員		<p>資格証（写）（減員の場合は不要です。）                      理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師</p> <p>在職証明書（減員の場合は不要です。）                      ※はり師およびきゅう師の場合は、資格証明書の写しに加えて、「機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導に従事したことを証明する在職証明書」を提出してください。</p>

※東京都が指定する通所介護事業所においては、平成30年10月以降の生活相談員・看護職員・機能訓練指導員にかかる変更については、届出が不要となりました。（介護保険法施行規則の改正による）一体型で行っている国基準の通所型については、都に準じて提出を不要といたします。ただし、事業所において、資格要件を満たしているかご確認いただき、基準を遵守した配置を行っていただくよう、お願いいたします。