**変更に必要な添付書類一覧（地域密着型通所介護）**

|  |  |
| --- | --- |
| 変更内容 | 添付書類 |
| 事業所・施設の名称 | □運営規程 |
| 事業所（施設）の所在地 | □運営規程  □土地及び建物の登記事項証明書の写し □事業所の平面図等 |
| 申請者(開設者)の名称 | □登記事項証明書の写し |
| 主たる事務所の所在地 | □登記事項証明書の写し |
| 法人等の種類 | □登記事項証明書の写し |
| 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 | □登記事項証明書の写し  □誓約書 |
| 登記事項証明書又は条例等 | □登記事項証明書又は条例等の写し |
| 共生サービスの該当有無 | □左記の変更内容がわかるもの |
| 事業所（施設）の建物の構造、専用区画等 | □変更後の平面図、構造図等　□設備・備品等一覧表 |
| 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | □勤務形態一覧表  □誓約書  □管理者経歴書  □雇用契約書等の写し  □資格を要する職種を兼務する場合は、資格者証の写し |
| 運営規程 | □変更後の運営規程  ※運営規程内の従業者数の変更がある場合  □勤務形態一覧表  □雇用契約書等の写し  □資格者証の写し及び必要に応じ下記書類  ●介護福祉士が生活相談員の場合➡□実務経験証明書（常勤で２年以上）  ●はり師・きゅう師が機能訓練指導員の場合➡□実務経験証明書（資格を  有する機能訓練指導員を配置した事業所で６か月以上機能訓練指導に従事）  尚、従業者の雇用契約書の写し等は、前回届出済みの内容から変更している従業者についてのみ提出してください。 |
| 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 | ― |
| 事業所の種別等 | ― |
| 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 | ― |
| 本体施設、本体施設との移動経路等 | ― |
| 併設施設の状況等 | ― |
| 連携する訪問看護を行う事業所の名称 | ― |
| 連携する訪問看護を行う事業所の所在地 | ― |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | ― |

◎登記事項証明書の写しは、登記終了後に郵送での提出となる場合は、その旨お知らせください。

◎その他、必要と判断した書類があれば別途提出を求めることがあります。