

変更届提出書類一覧(病院・診療所が実施する通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション)

■届出について

- 届出の期限は変更日から10日以内となっています。
- 届出方法が郵送となっているものについては、返信用封筒に必要料金分の切手を貼って、返送先住所・宛名を明記した上で同封してください。受領証と変更届出書の写しの返送には、提出から1～2ヶ月程度時間を要する場合がありますのであらかじめご了承ください。返信用封筒の添付が無い場合は、受領証と変更届出書の写しは返送しません。
- 介護老人保健施設の実施する(介護予防)通所リハビリテーションの届出は、本体施設の変更届に準じます。

◆サービス情報の変更 提出書類一覧

サービス情報の変更届については、事業所単位での届出となります。例えば同一所在地に同一法人の運営する複数の指定事業所があり、それぞれ移転するような変更が生じた場合、それぞれの事業所から届出書・添付書類の提出が必要となります。

変更する事項	提出書類	届出方法	留意点
事業所の名称	<input type="checkbox"/> 変更届連絡票、返信用封筒(欄外★参照) <input type="checkbox"/> 変更届出書(別紙様式第一号(五)) <input type="checkbox"/> 指定に係る記載事項(付表第一号(七)) <input type="checkbox"/> 保険医療機関・保険薬局の変更届の写し	郵送	事業所名が定款等で定められている場合は、定款等変更の手続きが必要です。
事業所の所在地移転	保険医療機関等の移転により医療保険機関等として改めて指定を受けた場合、介護保険法上の各サービスについても、改めてみなし指定となります。 この場合、介護保険事業所番号が変更となりますので、介護給付費算定に係る体制についても改めて届出が必要です。届出がない場合、介護給付費の請求は返戻となりますので、ご注意ください。		
建物の構造、設備、専用区画の変更	<input type="checkbox"/> 変更届連絡票、返信用封筒(欄外★参照) <input type="checkbox"/> 変更届出書(別紙様式第一号(五)) <input type="checkbox"/> 指定に係る記載事項(付表第一号(七)) <input type="checkbox"/> 平面図(各部屋の用途、面積を明示)※1 <input type="checkbox"/> 変更した区画の写真(カラーに限る) *入浴施設等、加算の対象になる設備を新たに追加・変更しても、加算届の提出が無い場合、算定できません。	郵送	通所リハビリテーションは病院・診療所内で実施するサービスになりますので、医療法に基づく変更の手続きが必要なものについては、枚方市保健所等で必ず事前に手続きを行ってください。 ※1:診療所内の位置関係等を確認しますので当該施設のフロア図も必要となります。
事業所の電話・FAX番号	<input type="checkbox"/> 変更届連絡票、返信用封筒(欄外★参照) <input type="checkbox"/> 変更届出書(別紙様式第一号(五))	郵送	変更届出書に変更前・変更後の電話番号等を記載してください。
事業所のメールアドレス	当課のメールアドレス(fshidou@city.hirakata.osaka.jp)宛てに、①事業所番号、②事業所名、③サービス種別、④変更したメールアドレスを報告してください。	メール	
介護給付費算定に係る体制(加算項目)	*詳細については、本市ホームページの様式集「介護給付費算定に係る体制等に関する届出について」をご参照ください。	郵送	15日(消印有効)までに届け出た場合、翌月1日からの算定開始となります。

★当課から返送する書類は、変更届1通につきA4用紙2枚程度です。必要料金分の切手を貼ってください。

◆サービス情報の変更 提出書類一覧 続き

変更する事項	提出書類	届出方法	留意点
管理者の 氏名及び住所	<input type="checkbox"/> 変更届連絡票、返信用封筒(欄外★参照) <input type="checkbox"/> 変更届出書(別紙様式第一号(五)) <input type="checkbox"/> 指定に係る記載事項(付表第一号(七)) <input type="checkbox"/> 保険医療機関・保険薬局の変更届の写し ＊婚姻等による氏名変更、又は引越し・住居表示の変更等による住所変更のみの場合 <input type="checkbox"/> 変更届連絡票、返信用封筒(欄外★参照) <input type="checkbox"/> 変更届出書(別紙様式第一号(五)) <input type="checkbox"/> 指定に係る記載事項(付表第一号(七))	郵送	管理者代行の選任・変更については届出不要です。
運営規程	①定員 ②営業日・営業時間 ③サービス提供時間(単位の変更) <input type="checkbox"/> 変更届連絡票、返信用封筒(欄外★参照) <input type="checkbox"/> 変更届出書(別紙様式第一号(五)) <input type="checkbox"/> 指定に係る記載事項(付表第一号(七)) <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(複数単位ある場合は単位ごとに作成し、変更日から4週間分、従業者全員分で作成) <input type="checkbox"/> 従業者の資格を証明する書類の写し(医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士) <定員変更を、規模の再計算の必要な事業所が行う場合> <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション算定区分確認表 ※1 ④通常の実施地域、その他の費用(食事代等)の変更 ⑤上記①から④以外の変更の場合 ※2 <input type="checkbox"/> 変更届連絡票、返信用封筒(欄外★参照) <input type="checkbox"/> 変更届出書(別紙様式第一号(五)) <input type="checkbox"/> 運営規程	郵送	定員変更・単位追加に伴い区画が変更になる場合は、専用区画の変更手続きも必要です。建物の構造、設備、専用区画の変更の項目も参照してください。 ※1:算定区分が変更になる場合、算定開始日の前月 15 日までに、介護給付費算定に係る体制等に関する届出も必要です。 ※2:介護職員や理学療法士等の人数に変更があった場合でも、その都度の届出は不要ですが、事業所内で運営規程の整備をお願いします。また、本市ホームページに運営規程のモデル様式を掲載していますが、制度改正等によりモデル様式を改定する場合がありますので、適宜ホームページの確認をお願いします。

◆法人・設者情報の変更 提出書類一覧<同一法人・開設者がみなし指定事業のみを運営する場合>

法人等情報の変更届については、法人等单位での届出となります。同一法人等の下に複数の指定事業所がある場合、一事業所からの届出を以って他の全ての事業所からの届出とみなします(事業所一覧は必ず添付してください)。

変更する事項	提出書類	届出方法	留意点				
法人の名称・法人所在地	<input type="checkbox"/> 変更届連絡票、返信用封筒(欄外★参照) <input type="checkbox"/> 変更届出書(別紙様式第一号(五))※1 <input type="checkbox"/> 保険医療機関・保険薬局の変更届の写し <input type="checkbox"/> 事業所一覧(参考様式 11-1)※2 ※1:法人の名称変更の場合は、ふりがなを必ず併記してください。 所在地の変更の場合は、郵便番号を必ず併記してください。	郵送	同一法人に、「みなし指定」以外の指定事業所がある場合は、該当するサービスの必要書類を確認してください。 保険医療機関等の移転や個人診療所が法人化され、医療保険機関等として改めて指定を受けた場合、介護保険法上の各サービスについても、改めてみなし指定となります。				
法人代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/> 変更届連絡票、返信用封筒(欄外★参照) <input type="checkbox"/> 変更届出書(別紙様式第一号(五))※1 <input type="checkbox"/> 事業所一覧(参考様式 11-1)※2 ※1:以下の記載例のとおり記載してください。また、法人代表者氏名のふりがな及び生年月日は必ず記載してください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">変 更 の 内 容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> (変更前) 5. 代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名 <div style="text-align: center;"> <small>ひらかた たろう</small> 代表取締役 枚方 太郎 昭和○年○月○日生 郵便番号:○○○-○○○○ 住所:大阪府枚方市大垣内町二丁目○番○号 </div> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> (変更後) 5. 代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名 <div style="text-align: center;"> <small>ひらかた はなこ</small> 代表取締役 枚方 花子 昭和△年△月△日生 郵便番号:○○○-○○○○ 住所:大阪府枚方市大垣内町二丁目△番△号 </div> </td> </tr> </tbody> </table>	変 更 の 内 容		(変更前) 5. 代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名 <div style="text-align: center;"> <small>ひらかた たろう</small> 代表取締役 枚方 太郎 昭和○年○月○日生 郵便番号:○○○-○○○○ 住所:大阪府枚方市大垣内町二丁目○番○号 </div>	(変更後) 5. 代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名 <div style="text-align: center;"> <small>ひらかた はなこ</small> 代表取締役 枚方 花子 昭和△年△月△日生 郵便番号:○○○-○○○○ 住所:大阪府枚方市大垣内町二丁目△番△号 </div>	郵送	この場合、介護保険事業所番号が変更となりますので、介護給付費算定に係る体制についても改めて届出が必要です。届出がない場合、介護給付費の請求は返戻となりますので、ご注意ください。 ※2:複数の事業所を一括して届出する場合は必ず添付してください。
変 更 の 内 容							
(変更前) 5. 代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名 <div style="text-align: center;"> <small>ひらかた たろう</small> 代表取締役 枚方 太郎 昭和○年○月○日生 郵便番号:○○○-○○○○ 住所:大阪府枚方市大垣内町二丁目○番○号 </div>	(変更後) 5. 代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名 <div style="text-align: center;"> <small>ひらかた はなこ</small> 代表取締役 枚方 花子 昭和△年△月△日生 郵便番号:○○○-○○○○ 住所:大阪府枚方市大垣内町二丁目△番△号 </div>						
法人(開設者)の電話・FAX番号	<input type="checkbox"/> 変更届連絡票、返信用封筒(欄外★参照) <input type="checkbox"/> 変更届出書(別紙様式第一号(五))	郵送	変更届出書に変更前・変更後の電話番号・FAX番号を記載してください。				

★当課から返送する書類は、変更届1通につきA4用紙2枚程度です。必要料金分の切手を貼ってください。