

## 変更申請・変更届提出書類一覧(介護医療院)

## ◆変更申請手続関係(事前許可・承認事項)提出書類一覧

## ■申請について

□下表の各事項については、**必ず事前に申請が必要なもの**なので、余裕をもって申請してください。

□申請する際には、**必ず事前に電話で日時をご予約のうえ、持参してください。**

変更する事項	提出書類	届出方法	留意点
敷地の面積及び平面図	<input type="checkbox"/> 開設許可事項変更申請書(別紙様式第一号(九)) <input type="checkbox"/> 土地登記簿謄本の写し(変更前) <input type="checkbox"/> 平面図(旧・新) <input type="checkbox"/> 変更理由書	来 庁	増床につきましては、本市の介護保険事業計画に見込まれている必要があります。詳しくは整備計画担当課にお問い合わせください。
建物の構造概要及び平面図並びに施設及び構造設備の概要	<input type="checkbox"/> 開設許可事項変更申請書(別紙様式第一号(九)) <input type="checkbox"/> 変更理由書(任意様式) <input type="checkbox"/> 平面図(変更前・変更後)*全ての階 *平面図に各室の用途を明示すること *変更前の平面図には写真番号・撮影方向を明示すること。 <input type="checkbox"/> 変更する予定の部分の写真(カラーに限る)	来 庁	工事を伴う場合は変更許可申請に係る手数料として33,000円が必要となります。
	*以下は変更後に提出してください。 <input type="checkbox"/> 変更された部分の写真(カラーに限る) <input type="checkbox"/> 平面図(変更した階) *写真番号・撮影方向を明示すること。	郵 送	
施設の共用の場合の利用計画	<input type="checkbox"/> 開設許可事項変更申請書(別紙様式第一号(九)) <input type="checkbox"/> 共用部分における利用計画の概要 <input type="checkbox"/> 平面図(変更前・変更後)*全ての階 <input type="checkbox"/> 変更理由書	来 庁	一室を時間帯や曜日によって別目的で使用したり、当該施設とは別の居宅の事業所(みなし指定の居宅サービス事業所は除く)と共用して利用する場合に申請が必要です。
運営規程(従業者の職種・員数及び職務内容並びに入所定員の増加に関する部分に限る。)	<input type="checkbox"/> 開設許可事項変更申請書(別紙様式第一号(九)) <input type="checkbox"/> 指定に係る記載事項(付表第一号(十七)) <input type="checkbox"/> 新旧対照表 <input type="checkbox"/> 運営規程 <b>【入所定員の増加の場合は、次の書類も必要です】</b> <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 従業者の資格を証明する書類の写し(医師、薬剤師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員、診療放射線技師)	来 庁	上記「敷地の面積及び平面図」の変更許可後で、定員を増加して運営開始するまでに申請が必要です。
協力病院の変更	<input type="checkbox"/> 開設許可事項変更申請書(別紙様式第一号(九)) <input type="checkbox"/> 指定に係る記載事項(付表第一号(十七)) <input type="checkbox"/> 協力病院の概要 <input type="checkbox"/> 契約書又は覚書の案	来 庁	A病院をB病院に変更する場合には左記の申請が必要となります(事後の変更届出は必要ありません)。なお、A病院以外にB病院を追加する場合や、2つの病院(A・B病院)のうち、1つの病院と協力関係を解消する場合は事後の変更届出のみ必要となります。
介護医療院を管理する医師の変更	<input type="checkbox"/> 管理者承認申請書(別紙様式第一号(十)) <input type="checkbox"/> 経歴書(参考様式 2-2) *医療法人が開設する施設の場合は管理者を法人理事に加える必要があるため、その旨を経歴書に記載してください。 <input type="checkbox"/> 医師免許の写し	来 庁	管理する医師が介護医療院の管理者を兼務する場合は、本市から変更承認書が届いた後、変更後 10 日以内に管理者の変更届出書(3 枚目参照)を提出してください。
広告する事項の変更 ※1	<input type="checkbox"/> 広告事項許可申請書(別紙様式第一号(十一))  下記以外の事項を広告する場合は、市長の許可が必要です。 ①介護医療院の名称、電話番号、所在の場所の表示 ②勤務する医師及び看護師の氏名、職員の配置員数 ※2 ③施設及び構造設備に関する事項 ④提供されるサービスの種類及び内容(医療の内容に関するものを除く。) ⑤利用料の内容	来 庁	※1:詳細は「介護医療院に関して広告できる事項について」(平成 30 年 3 月 30 日老老発 0330 第 1 号厚生労働省老健局老人保健課長通知)をご覧ください。  ※2:広告できる職員の員数は、常勤換算した場合の員数となります。

## ◆変更届出手続関係 提出書類一覧

## ■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できません。

## ◆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、**施設及び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施設及び事業所があり、それぞれの施設長(管理者)を変更するような変更が生じた場合、それぞれの施設及び事業所から届出書・添付書類の提出が必要となります。なお、みなし指定により居宅(介護予防)サービス事業を行っている場合は、介護医療院と併せて提出してください。届出が必要なサービスは、下表の「変更する事項」の欄に介護医療院は【医療院】、通所リハビリテーションは【通所リハ】、短期入所療養介護は【短期療養】、いずれにも該当する場合は【共通】と記載します。

変更する事項	提出書類	届出方法	留意点
施設の名称 【共通】	<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(十七)) <input type="checkbox"/> 指定に係る記載事項(付表第一号(七))※2 <input type="checkbox"/> 指定に係る記載事項(付表第一号(十一))※2 <input type="checkbox"/> 運営規程  *施設(事業所)の名称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。	郵送	事業所番号が変更となる場合がありますので、事前にご相談ください。  ※1:(介護予防)訪問リハビリテーションを実施している場合は、別途変更届の提出が必要です。  ※2:みなし指定を受けている場合は、必要です。 届出書にみなし指定を受けているサービス名を全て記載してください。
運営規程 【共通】	①利用料金その他の費用 ※1、その他の変更 ※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	※1:利用者等への説明のためにも、その根拠や積算方法等について明確にしておいてください。  ※2:年間の休日や介護支援専門員、介護職員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(指定基準を満たさなくなる場合は、この限りではありません)が、施設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。
運営規程 【通所リハ】	②定員、サービス提供時間、営業日、営業時間、単位の変更 ※3 <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)(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 ※4	郵送	※3:定員変更に伴い、平面図の変更が必要となる場合は、事前に変更許可申請手続きが必要となります。  ※4:通所リハビリテーションの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。
運営規程 【通所リハ】 【短期療養】	④通常の事業(送迎)の実施地域 <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	※4:通所リハビリテーションの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。

★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。

## ◆変更届出手続関係 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 【共通】	<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"/> 指定に係る記載事項(付表第一号(十七)) <input type="checkbox"/> 指定に係る記載事項(付表第一号(七))※2 <input type="checkbox"/> 指定に係る記載事項(付表第一号(十一))※2  *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(十七)) <input type="checkbox"/> 指定に係る記載事項(付表第一号(七))※2 <input type="checkbox"/> 指定に係る記載事項(付表第一号(十一))※2	郵送	管理者を変更する場合は、必ず管理者承認申請の承認後に手続きを行ってください。  ※1:(介護予防)訪問リハビリテーションを実施している場合は、別途変更届の提出が必要です。  ※2:みなし指定を受けている場合は、必要です。 届出書にみなし指定を受けているサービス名を全て記載してください。
介護支援専門 員の氏名及び 登録番号 【医療院】	<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(十七)) <input type="checkbox"/> 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧(付表別紙) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の写し ※1 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員の資格を証する書類の写し(資格を有する場合)  *婚姻等による氏名変更の場合 <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"/> 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧(付表別紙)	郵送	※1:介護支援専門員登録通知書及び介護支援専門員登録証明書は、資格を証するものとはなりません。必ず有効期間の記載された介護支援専門員証の写しを提出してください。
協力医療機 関・協力歯科 医療機関の名 称、契約内容 の変更 【医療院】 【短期療養】	<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(十七)) <input type="checkbox"/> 協力医療機関等との契約書又は覚書の写し	郵送	A病院をB病院に変更する場合には事前の申請(1枚目参照)が必要となります(事後の変更届出は必要ありません)。 なお、A病院以外にB病院を追加する場合や、2つの病院(A・B病院)のうち、1つの病院と協力関係を解消する場合は事後の変更届出のみ必要となります。
併設施設の状 況等 【医療院】	<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"/> 併設する施設の有無及び併設施設の概要(参考様式26-2) <input type="checkbox"/> 平面図(敷地全体を含む)	郵送	
施設の電話・ FAX 番号 【共通】	<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。
施設のメール アドレス 【共通】	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施設名、③施設種別、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) 【共通】	*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	介護医療院、(介護予防)短期入所療養介護は届出を受理した日が属する月の翌月(届出を受理した日が月の初日である場合は当該月)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。

## ◆法人情報の変更 提出書類一覧

法人情報の変更届については、**法人単位での届出となります**。同一法人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(事業所一覧の添付必須)。

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"/> 履歴事項全部証明書の写し ※2 <input type="checkbox"/> 事業所一覧(参考様式 11-1)※3  ※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。  * 移転に際し、法人の電話、FAXが変更になる場合は、変更届出書(別紙様式第一号(五))に記載してください。  * 業務管理体制の届出事項の変更に係る手続きも必要です(届出先は枚方市とは限りません。詳細は次ページをご覧ください)。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">吸収合併、事業譲渡等により<b>施設の運営法人が別法人へ変更となる場合は新たに開設許可申請が必要となるため、変更届では処理できません</b>。運営法人が変更となる場合は、指定申請に係る受付スケジュールをご確認の上、<b>必ず事前にご相談ください</b>。</p> </div>	郵 送	法人の名称の変更とは当該法人の「商号変更」のみを指します。  ※2:現在事項証明書不可  ※3: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。			
法人代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	介護保険法施行規則の改正により、法人役員の変更について、届出が不要(法人代表者のみ届出が必要)となりました。  <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"/> 履歴事項全部証明書の写し ※2 <input type="checkbox"/> 事業所一覧(参考様式 11-1)※3  ※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 style="text-align: center;">変 更 の 内 容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>           (変更前)            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>            理事長 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> </tr> <tr> <td>           (変更後)            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>            理事長 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> * 業務管理体制の届出事項の変更に係る手続きも必要です(届出先は枚方市とは限りません。詳細は次ページをご覧ください)。	変 更 の 内 容	(変更前) 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>            理事長 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) 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>            理事長 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	※2:現在事項証明書不可  ※3: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) 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>            理事長 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) 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>            理事長 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))  * 業務管理体制の届出事項の変更に係る手続きも必要です(届出先は枚方市とは限りません。詳細は次ページをご覧ください)。	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。

## ◆業務管理体制の届出事項などの変更に係る手続きのご案内

- ・法人情報などの届出事項に変更があった場合は、業務管理体制の届出事項の変更に係る手続きが必要です。
- ・枚方市が届出先とは限りませんので、届出先の行政機関の区分は「1. 届出先について」を確認してください。

## 1. 届出先について

法人の介護サービス事業の事業展開地域により、次のとおり届出先の行政機関は異なります(枚方市が届出先とは限りません)。手続きの方法などは、届出先の行政機関に確認のうえ、手続きを行ってください。

区分	届出先など
① すべての事業所・施設が枚方市の区域にのみ所在する事業者	枚方市 福祉指導監査課 電話:072-841-1468(直通)  ※届出方法などは次の「2. 枚方市が届出先の場合の届出について」をご覧ください。
② すべての事業所・施設が大阪府内の2以上の市町村の区域に所在する事業者	大阪府 介護事業者課 電話:06-6941-0351(代表)
③ 事業所・施設が2以上の都道府県の区域に所在し、かつ、2以下の地方厚生局の管轄区域に所在する事業者	事業者の主たる事務所が所在する都道府県
④ 事業所・施設が3以上の地方厚生局の管轄区域に所在する事業者	厚生労働省 介護保険指導室 電話:03-5253-1111(代表)

## 2. 枚方市が届出先の場合の届出について(提出方法はすべて郵送です)

変更する事項	提出書類	留意点
① 法人の名称、所在地及び種別 ② 法人の電話及びFAX番号 ③ 法人代表者の氏名、住所、生年月日及び職名 ④ 法令遵守責任者の氏名及び生年月日	・介護保険法第115条の32第3項の規定に基づく業務管理体制に係る届出書(届出事項の変更)(様式第13号)	
⑤ 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要  ※事業所・施設の数が20以上の事業者のみ該当	・介護保険法第115条の32第3項の規定に基づく業務管理体制に係る届出書(届出事項の変更)(様式第13号) ・当該規程の概要(改めて概要を作成する必要はなく、この規程の全体像がわかる既存のもので構いません。また、規程全文を添付しても差し支えありません)	規程の字句の修正など体制に影響を及ぼさない軽微な変更の届出は不要です。
⑥ 業務執行の状況の監査の方法の概要  ※事業所・施設の数が100以上の事業者のみ該当	・介護保険法第115条の32第3項の規定に基づく業務管理体制に係る届出書(届出事項の変更)(様式第13号) ・当該監査方法の概要(監査に係る規程を作成している場合は、規程の全体像がわかるもの又は規程全文を、規程を作成していない場合は、監査担当者又は担当部署による監査の実施方法がわかるものを添付してください)	規程の字句の修正など体制に影響を及ぼさない軽微な変更の届出は不要です。
⑦ 事業所名称及び所在地等  ※事業所・施設の合計数が(1)1以上20未満(2)20以上100未満(3)100以上のいずれかの区分から他の2つの区分のいずれかに変更になる場合のみ	・介護保険法第115条の32第3項の規定に基づく業務管理体制に係る届出書(届出事項の変更)(様式第13号) ・別紙 事業所名称及び所在地等一覧(届出事項の変更用)	変更内容によっては、⑤や⑥の変更も伴います。
⑧ 届出先の行政機関の変更  ※事業所・施設の新設や廃止により届出先の行政機関が変更になる場合のみ	・介護保険法第115条の32第2項(整備)又は第4項(区分の変更)の規定に基づく業務管理体制に係る届出書(様式第12号) ・別紙 事業所名称及び所在地等一覧(変更後の届出先が枚方市である場合のみ添付してください)	・届出先の行政機関は「1. 届出先について」の表をご覧ください。 ・変更前と変更後のそれぞれの行政機関に届出が必要です。

\*業務管理体制の枚方市への届出様式などについては、枚方市ホームページに掲載しています。

枚方市ホームページの「ページ番号検索」で「32603」と検索してください。

<https://www.city.hirakata.osaka.jp/>

32603

表示



★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。