

記載例（管理者の変更）

変更届出書

郵送の場合は発送日を記載

〇〇年 〇〇月 〇〇日

(宛先)

枚方市長

法人の情報を記載

届出者 主たる事務所の所在地 大阪府枚方市〇〇二丁目〇番〇号
 名称 株式会社〇〇
 代表者の職・氏名 代表取締役 〇〇 〇〇
 (法人以外の者にあつては、住所及び氏名)

次のとおり指定を受けた内容の変更について届け出ます。

予防訪問事業の指定を受けている場合は併記

指定内容を変更した事業所又は施設		介護保険事業所番号	2	7	7	2	4	0	9	9	9
サービスの種類		名称	〇〇ヘルパーステーション								
変更があった事項（該当の番号に○）		所在地	大阪府枚方市〇〇三丁目〇番〇号								
			訪問介護・予防訪問事業								
		変更の内容									
1	事業者（開設者）の名称	(変更前)									
2	事業所（施設）の名称	9. 管理者									
3	事業所（施設）の所在地	氏名：〇〇 〇〇									
4	主たる事務所の所在地	住所：大阪府枚方市〇〇二丁目〇番〇号									
5	代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所等										
6	登記事項証明書（当該事業に関するものに限る。）										
7	事業所（施設）の建物の構造、設備、専用区画等（介護老人保健施設を除く。）										
8	備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業に限る。）										
9	事業所（施設）の管理者の氏名、住所等	変更前と変更後の氏名・住所を記載してください									
10	サービス提供責任者の氏名、住所等										
11	運営規程										
12	協力病院・協力歯科医療機関	(変更後)									
13	事業所（施設）の種別	9. 管理者									
14	提供する居宅療養管理指導の種類	氏名：△△ △△									
15	事業実施形態（特別養護老人ホームの空床利用・特別養護老人ホーム等への併設・その他の場合の別）	住所：大阪府枚方市〇〇一丁目〇番〇号									
16	入院患者又は入所者の定員										
17	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										
18	福祉用具の保管・消毒方法（委託している場合にあつては、委託先の状況）										
19	併設施設の状況等										
20	介護支援専門員の氏名及びその登録番号										
21	その他の事項										
変更年月日		就任日を記載 〇〇年 〇〇月 〇〇日									

就任日を記載

〇〇年 〇〇月 〇〇日

備考

- 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番としてください。
- 国の様式例と異なる様式を使用しています。

氏名・連絡先を必ず記載

※本届出に関する担当者及び連絡先

フリガナ	△△ △△	連絡先	〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇
氏名	△△ △△		

付表1 訪問介護・予防訪問事業者の指定に係る変更の有無にかかわらず、全て記載すること

事業所	フリガナ	〇〇ヘルパーステーション											
	名称	〇〇ヘルパーステーション											
	所在地	(郵便番号 573-1148) 大阪府枚方市〇〇三丁目〇番〇号											
	連絡先	電話番号	072-XXX-XXXX			FAX 番号	072-XXX-XXXX						
	Email	123456@city.hirakata.osaka.jp											
管理者	フリガナ	△△ △△			住所	(郵便番号 573-〇〇〇〇)							
	氏名	△△ △△				大阪府枚方市〇〇一丁目〇番〇号							
	生年月日	〇〇年〇月〇日											
	他の職務との兼務の状況(兼務がある場合のみ記入)												
	当該訪問介護・予防訪問事業所内での他の職務との兼務		職種										
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務		事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の種類		〇〇ヘルパーステーション ----- 居宅介護・重度訪問介護									
		兼務する職種及び勤務時間		管理者 ----- 9:00~18:00 8時間勤務/日									
サービス提供責任者	フリガナ	×× ××			住所	(郵便番号 573-〇〇〇〇)							
	氏名	×× ××				大阪府枚方市〇〇四丁目〇番〇号							
	フリガナ				住所	(郵便番号 -)							
	氏名												
フリガナ				住所	(郵便番号 -)								
氏名													
従業者の職種・員数	訪問介護員等		専従		兼務		利用者数	合計		要介護		要支援	
			2					40 人		30 人		10 人	
	常勤(人)		10					前3月の平均値を記入。新規指定又は再開の場合は推定数を記入。					
	非常勤(人)		5.3										
常勤換算後の人数(人)													
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他 年間の休日	12/30~1/3		
	営業時間	平日	9:00 ~ 18:00			土曜	~		日・祝	~			
		サービス提供可能な時間		7:00 ~ 22:00		備考							
	利用料	法定代理受領分		(訪問介護:介護報酬告示上の額) (予防訪問事業:算定基準要領に定める額)									
		法定代理受領分以外		(訪問介護:介護報酬告示上の額) (予防訪問事業:算定基準要領に定める額)									
その他の費用	運営規程に定める料金のとおり												
通常の事業実施地域	訪問介護	① 枚方市		② 交野市		③ 京都府八幡市		④		⑤			
	予防訪問事業	枚方市		備考									

備考 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付してください。

郵送の場合は発送日を記載

老人居宅生活支援事業変更届出書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

(宛先)
枚方市長

主たる事務所の所在地 大阪府枚方市〇〇二丁目〇番〇号
届出者 名称 株式会社〇〇
代表者の職・氏名 代表取締役 〇〇 〇〇
(法人以外の者にあつては、住所及び氏名)

老人居宅生活支援事業の届出事項の変更について、老人福祉法第14条の2の規定により下記のとおり届け出ます。

記

事業所の名称及び所在地	名称	〇〇ヘルパーステーション	
	所在地	大阪府枚方市〇〇三丁目〇番〇号	
変更した事項	項目 (該当する番号に○を付けてください)	1	事業の種類及び内容
		2	法人の名称又は主たる事務所の所在地 (* 1)
		③	主な職員の氏名
		4	事業を行おうとする区域
5		事業所の名称又は所在地 (* 2)	
6		事業の用に供する施設 (特別養護老人ホーム等) の名称、所在地、種類又は入所定員 (* 3)	
7		登録定員又は入居定員 (* 4)	
変更前	3. 主な職員の氏名及び経歴	〇〇 〇〇 (管理者) ×× ×× (サービス提供責任者)	
変更後	3. 主な職員の氏名及び経歴	△△ △△ (管理者) ×× ×× (サービス提供責任者)	
変更した年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		

変更前と変更後の氏名・役職を記載してください

- (* 1) 法人以外であるときは、氏名及び住所。
- (* 2) 小規模多機能型居宅介護事業、認知症対応型共同生活援助事業又は複合型サービス福祉事業のみ該当。
- (* 3) 老人デイサービス事業又は老人短期入所事業のみ該当。また入所定員は老人短期入所事業のみ該当。
- (* 4) 登録定員は小規模多機能型居宅介護事業又は複合型サービス福祉事業が、入居定員は認知症対応型共同生活援助事業が該当。

(備考)
用紙の大きさは、日本工業規格A列4番としてください。

記載例（サービス提供責任者の変更）

出 書

郵送の場合は発送日を記載

〇〇年 〇〇月 〇〇日

(宛先)

枚方市長

法人の情報を記載

主たる事務所
の所在地

大阪府枚方市〇〇二丁目〇番〇号

届出者

名 称

株式会社〇〇

代表者の職・氏名

代表取締役 〇〇 〇〇

(法人以外の者にあつては、住所及び氏名)

次のとおり指定を受けた内容の変更について届け出ます。

予防訪問事業の指定を受けている場合は併記

介護保険事業所番号 2 7 7 2 4 0 9 9 9 9

指定内容を変更した事業所又は施設

名称 〇〇ヘルパーステーション

所在地 大阪府枚方市〇〇三丁目〇番〇号

サービスの種類

訪問介護・予防訪問事業

変更があった事項（該当の番号に○）

変更の内容

1	事業者（開設者）の名称	(変更前)
2	事業所（施設）の名称	
3	事業所（施設）の所在地	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所等	
6	登記事項証明書（当該事業に関するものに限る。）	
7	事業所（施設）の建物の構造、設備、専用区画等（介護老人保健施設を除く。）	
8	備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業に限る。）	
9	事業所（施設）の管理者の氏名、住所等	
10	サービス提供責任者の氏名、住所等	10. サービス提供責任者 氏名：〇〇 〇〇 住所：大阪府枚方市〇〇一丁目〇番〇号 氏名：△△ △△ 住所：大阪府枚方市〇〇二丁目〇番〇号
11	運営規程	
12	協力病院・協力歯科医療機関	(変更後)
13	事業所（施設）の種別	
14	提供する居宅療養管理指導の種類	10. サービス提供責任者 氏名：〇〇 〇〇 住所：大阪府枚方市〇〇一丁目〇番〇号 氏名：△△ △△ 住所：大阪府枚方市〇〇二丁目〇番〇号 氏名：×× ×× 住所：大阪府枚方市〇〇三丁目〇番〇号
15	事業実施形態（特別養護老人ホームの空床利用・特別養護老人ホーム等への併設・その他の場合の別）	
16	入院患者又は入所者の定員	
17	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	
18	福祉用具の保管・消毒方法（委託している場合にあつては、委託先の状況）	
19	併設施設の状況等	
20	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	
21	その他の事項	
変 更 年 月 日		就 任 日 を 記 載
		〇〇年 〇〇月 〇〇日

変更前と変更後の全員の氏名・住所を記載してください

備考

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番としてください。
- 2 国の様式例と異なる様式を使用しています。

氏名・連絡先を必ず記載

※本届出に関する担当者及び連絡先

フリガナ	△△ △△	連絡先	〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇
氏名	△△ △△		

付表1 訪問介護・予防訪問事業者の指定に **変更の有無にかかわらず、全て記載すること**

事業所	フリガナ	〇〇ヘルパーステーション													
	名称	〇〇ヘルパーステーション													
	所在地	(郵便番号 573-〇〇〇〇) 大阪府枚方市〇〇三丁目〇番〇号													
	連絡先	電話番号	072-841-XXXX			FAX 番号	072-843-XXXX								
	Email	123456@city.hirakata.osaka.jp													
管理者	フリガナ	〇〇 〇〇			住所	(郵便番号 573-〇〇〇〇) 大阪府枚方市〇〇一丁目〇番〇号									
	氏名	〇〇 〇〇													
	生年月日	〇〇年〇月〇日													
	他の職務との兼務の状況(兼務がある場合のみ記入)														
		当該訪問介護・予防訪問事業所内での他の職務との兼務			職種	サービス提供責任者									
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務			事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の	〇〇ヘルパーステーション 居宅介護・重度訪問介護										
				兼務する職種及び勤務時間	管理者兼サービス提供責任者 9:00~18:00 8時間勤務/日										
サービス提供責任者	フリガナ	〇〇 〇〇			住所	(郵便番号 573-XXXX) 大阪府枚方市〇〇一丁目〇番〇号					資格	介護福祉士			
	氏名	〇〇 〇〇													
	フリガナ	△△ △△			住所	(郵便番号 573-XXXX) 大阪府枚方市〇〇二丁目〇番〇号					資格	介護福祉士			
	氏名	△△ △△													
	フリガナ	×× ××			住所	(郵便番号 573-XXXX) 大阪府枚方市〇〇三丁目〇番〇号					資格	旧介護職員基礎研修課程修了			
	氏名	×× ××													
従業者の職種・員数	訪問介護員等										利用者数	合計	要介護	要支援	
	専従		兼務		合計		要介護		要支援						
	常勤(人)		2		兼務		1		80 人			60 人		20 人	
	非常勤(人)		10		常勤換算後の人数(人)		6.3		前3月の平均値を記入。新規指定又は再開の場合は推定数を記入。						
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	12/30~1/3				
	営業時間	平日	9:00 ~ 18:00					土曜	~		日・祝	~			
		サービス提供可能な時間					7:00 ~ 22:00		備考						
	利用料	法定代理受領分			(訪問介護:介護報酬告示上の額) (予防訪問事業:算定基準要領に定める額)										
		法定代理受領分以外			(訪問介護:介護報酬告示上の額) (予防訪問事業:算定基準要領に定める額)										
その他の費用	運営規程に定める料金のとおり														
通常の事業実施地域	訪問介護	① 枚方市		② 交野市		③ 京都府八幡市		④		⑤					
	予防訪問事業	枚方市		備考											

備考 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付してください。

郵送の場合は発送日を記載

老人居宅生活支援事業変更届出書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

(宛先)
枚方市長

主たる事務所所在地 大阪府枚方市〇〇二丁目〇番〇号
届出者 名称 株式会社〇〇
代表者の職・氏名 代表取締役 〇〇 〇〇
(法人以外の者にあつては、住所及び氏名)

老人居宅生活支援事業の届出事項の変更について、老人福祉法第14条の2の規定により下記のとおり届け出ます。

記

事業所の名称及び所在地	名称 〇〇ヘルパーステーション
	所在地 大阪府枚方市〇〇三丁目〇番〇号
変更した事項	項目 (該当する番号に〇を付けてください)
	1 事業の種類及び内容
	2 法人の名称又は主たる事務所の所在地 (* 1)
	③ 主な職員の氏名
変更前	4 事業を行おうとする区域
	5 事業所の名称又は所在地 (* 2)
	6 事業の用に供する施設 (特別養護老人ホーム等) の名称、所在地、種類又は入所定員 (* 3)
変更後	7 登録定員又は入居定員 (* 4)
	3. 主な職員の氏名及び経歴 〇〇 〇〇 (管理者兼サービス提供責任者) △△ △△ (サービス提供責任者)
	3. 主な職員の氏名及び経歴 〇〇 〇〇 (管理者兼サービス提供責任者) △△ △△ (サービス提供責任者) ×× ×× (サービス提供責任者)
変更した年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日

変更前と変更後の氏名・役職を記載してください

- (* 1) 法人以外であるときは、氏名及び住所。
- (* 2) 小規模多機能型居宅介護事業、認知症対応型共同生活援助事業又は複合型サービス福祉事業のみ該当。
- (* 3) 老人デイサービス事業又は老人短期入所事業のみ該当。また入所定員は老人短期入所事業のみ該当。
- (* 4) 登録定員は小規模多機能型居宅介護事業又は複合型サービス福祉事業が、入居定員は認知症対応型共同生活援助事業が該当。

(備考)
用紙の大きさは、日本工業規格A列4番としてください。