

(変更届出)地域密着型介護老人福祉施設 添付書類チェック表

施設名称		
連絡先	(担当者名)	(TEL)

		変更事項												
		施設の名称	施設の所在地	開設者の名称	主たる事務所の所在地	代表者の職名・氏名・生年月日・住所 (当該事業に関するものに限る。)	登記事項証明書又は条例等	施設の建物の構造・設備の概要等	施設の管理者の氏名・生年月日・住所	運営規程	協力医療関係(病院)・協力歯科医療機関	本体施設・本体施設との移動経路等 (本体施設がある場合のみ)	併設施設の状況等(併設施設がある場合のみ)	介護支援専門員の氏名・登録番号
必要書類														
変更届出書	様式第2号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
施設の指定に係る記載事項	付表6	○	○					△	○	△	○		△	
開設者の登記事項証明書又は条例等		△	△	○	○	○	○							
従業者の勤務の体制及び勤務形態	参考様式1							○	△				○	
施設に係る組織体制図								○	△				○	
介護支援専門員一覧	参考様式3												○	
施設の従業者等の資格を有することを証する書類								△	△					
建物の位置図			○											
建物の平面図			○					○						
建物の構造概要 建物の設備の概要	参考様式4		○					○						
本体施設の概要、本体施設との間の移動経路、方法及び移動時間 (本体施設がある場合のみ)			○					△			○			
併設施設の概要 (併設施設がある場合のみ)			○					△				○		
建築基準法上の建築確認済証等			○					○						
消防法上の検査済証等			○					○						
施設の写真			○					○						
運営規程新旧対照表 運営規程	※変更届出書に記載できれば不要 ※改正後のもの	○	○	△	△			△	○	△			△	
協力医療(歯科)機関の契約書の写し										○				
誓約書	介護保険法に伴う誓約書 (誓約書(介護保険法))					○		○						
	九重町暴力団排除条例に伴う誓約書 (誓約書(暴力団排除))					○		○						

△・・・必要に応じて提出してください