

指定障害福祉サービス事業及び障害者支援施設にかかる変更届出事項一覧

※変更届の様式は、市のホームページに掲載しています。

変更する事項		居宅 介護等	短期 入所	重度障害 者等包括 支援	共同生活 援助	相談支援	療養 介護	生活 介護	自立訓練 (機能 訓練)	自立訓練 (生活 訓練)	就労移行 支援	就労継続 支援A型	就労継続 支援B型	就労定着 支援	自立生活 援助	障害者 支援施設	添付書類	
1 事業所 (施設)	名称	○	○	◎	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	付表、運営規程 所在地が変更した場合は、事業所の平面図、事業所内外の写真、電話・ FAX番号変更の有無、協議内容のわかる書類(*6)
	所在地、電話・FAX番号	○	○	◎	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
3 申請者	名称	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	法人登記簿謄本、定款・寄付行為及び登記簿謄本又は条例等の写し(定 款等の内容が変更された場合) 法人の電話・FAX番号変更の有無
	主たる事務所の所在地、電話・FAX番号	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	代表者の氏名及び住所	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	※法人の合併等によるもの場合は新規申請が必要な場合がありますので事 前にご相談下さい。
	登記事項証明書又は条例等	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	※代表者の氏名等が変更になった場合、参考様式11
	定款、寄付行為											○						
	経歴及び資産状況																	●
-	指定を受けようとする事業者が提供する指定 障害福祉サービスの種類並びに当該事業所の 名称及び所在地													○			付表	
-	指定を受けようとする者の指定障害福祉サー ビス事業者、指定障害者支援施設又は指定相 談支援事業者の別、提供している指定障害福 祉サービスの種類並びに当該事業所又は施設 の名称及び所在地													○			付表	
8 建物設備	平面図	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	参考様式6・7
	設備の概要		○		○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	参考様式8
	建物の構造概要		○*2		○		○										◎	参考様式6・7・8
9 職員	管理者の氏名及び住所	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	付表、参考様式2~3、参考様式11
	サービス提供責任者の氏名及び住所	◎		◎*4														付表、参考様式1~3、資格者等の写し
	サービス管理責任者の氏名及び住所				◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	付表、参考様式2~5、資格者等の写し
	指定相談支援の提供に当たる者の氏名、経歴 及び住所					◎												付表、参考様式1~3、参考様式5、研修修了証の写し
13 運営	主たる対象者	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	付表、参考様式10
	運営規程	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	付表、運営規程(新旧)
15 介護給付費等の請求に関する事項		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書と関係書類
16 事業所の種別(併設・空床の別)			◎															付表、運営規程、参考様式1~2
17 併設事業所で行うときは利用者の推定数、空床型で行 うときは本体施設の入所定員			○															
18 医療機関との協力体制の概要				○														付表、参考様式12(“契約の内容”を“協力体制の概要”と読み替えて 作成)
18 協力(歯科)医療機関の名称及び診療科名並びに当該 協力(歯科)医療機関との契約の内容			○		○*5			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	付表、参考様式12、医療機関との契約の内容が分かる資料(契約書の 写しでも可)
19 障害者支援施設等との連携体制及び適切な支援体制の 概要					○													付表、関係機関との連携その他の適切な支援体制の概要
20 利用定員				◎*3			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	付表、運営規程 ※利用定員が増加する場合は、人員配置、設備等を確認する必要があります ので、事前にご相談下さい。また、生活介護、就労継続支援A・B型、施設入所 支援にあっては、変更申請が必要になりますので2か月前に手続きをしてくだ さい。
21 第三者に委託することにより提供する障害福祉サー ビスがあるときは、当該サービスの種類並びに当該第三 者の事業所の名称及び住所				○														
- 事業を行おうとする区域		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
- 提供するサービスの種類		●	●	◎	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	新たに提供するサービスについては新規指定の手続きが必要ですので、事 前にご相談下さい。

*1 ○：障害者総合支援法施行規則第34条の23、第34条の26、第34条の58又は第34条の60に基づく変更届のみ。 ●：障害者総合支援法第79条第3項(又は社会福祉法第63条第1項)に基づく変更届のみ。 ◎：○及び●の両方の変更届が必要なもの

*2 短期入所事業を併設事業所において行う場合は、併設本体施設の平面図を含む。

*3 施設を要する障害福祉サービスに係るものに限る

*4 重度障害者等包括支援のサービス提供責任者(18.9.29厚生労働省告示第547号)：①相談支援専門員であること、②重度障害者等包括支援の対象となる者に対する支援を行う事業所における実務経験3年以上

*5 協力歯科医療機関があるときは、その名称及び当該協力歯科医療機関との契約の内容を含む

*6 事業所設立前に、建物・設備について建築・消防の観点から不備がないかどうか建築指導課・消防署に確認を行い、その確認内容と結果を記載した書類を提出すること。建築指導課への確認時は、建築計画概要書と平面図を提出してください(建築計画概要書は建築調整課で取得可能です。取得にはコピー代が必要となります)。なお、訪問系サービスは建築指導課への協議のみで構いません。