

変更の届出が必要な事項		地域密着型サービス等（介護予防を含む）										
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護	夜間対応型訪問介護	地域密着型通所介護（療養通所介護）	認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護	地域密着型特定施設入居者生活介護	地域密着型介護老人福祉施設	看護小規模多機能型居宅介護	居宅介護支援	介護予防支援
1	事業所（施設）の名称	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	事業所（施設）の所在地	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	申請者の名称	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	主たる事務所の所在地	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	法人等の種類	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	代表者（開設者）の氏名、生年月日、及び住所及び職名	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	登記事項証明書、条例等（当該事業に関するものに限る。）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	共生型サービスの該当有無			☐								
9	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、及び住所及び経歴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	運営規程	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関					☐	☐	☐	☐	☐		
13	事業所の種別等									☐		
14	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関との連携・支援体制					☐	☐			☐		
15	本体施設、本体施設との移動経路等								☐			
16	併設施設の状況等								☐			
17	連携する訪問看護を行う事業所の名称	☐										
18	連携する訪問看護を行う事業所の所在地	☐										
19	介護支援専門員の氏名及びその登録番号					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐