変更届提出書類一覧（みなし指定事業者用）

　---訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、

通所リハビリテーション、短期入所療養介護---

■届出について

〇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（以下のとおり）

〇届出方法は**すべて「郵送」**になります。(必要に応じて来庁いただく場合がありますのでご了承願います。)

なお、受付控(変更届受付票 等)が必要な場合は、返信用封筒に切手を貼って返送先住所宛名を明記し同封してください。

**※**来庁を希望される場合は、事前に電話で日時等の予約をお願いします。

※当該変更届については、**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指定事業所がありそれぞれ移転(同一市町村内)するような変更が生じた場合、それぞれの事業所から届出書・添付書類の提出が必要となります。

■**提出書類一覧**

　**【共通様式等】**

|  |
| --- |
| **○変更届連絡票** |
| **○変更届出書(別紙様式第一号（五）)** |
| **○返信用封筒****(受付控が必要な場合のみ)** | 受付控(変更届受付票 等)が必要な場合は、返信用封筒に切手を貼って返送先住所宛名を明記し同封してください。 |

**※指定に係る記載事項の「付表」の区分(各サービスごとに異なります。)**

|  |  |
| --- | --- |
| **付表区分** | **付表第一号（四）　訪問リハビリテーション** |
| **付表第一号（五）　居宅療養管理指導** |
| **付表第一号（三）　訪問看護** |
| **付表第一号（七）　通所リハビリテーション** |
| **付表第一号（十一）短期入所療養介護** |

　**【変更内容に伴う必要添付書類】※上記の共通様式に加え添付してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **変更内容** | **提出書類** | **留意点** |
| 事業所の名称 | **・付表（付表第一号（四））（付表第一号（五））（付表第一号（三））（付表第一号（七））(付表第一号（十一）)いずれか対応する様式****・保険医療機関・保険薬局の変更届(写し)** | ※付表は、各サービスの様式を使用してください。※事業所名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。 |
| 事業所の所在地移転 | **・移転予定される時点で事前（移転前）にご相談ください。** |  |
| 専用区画等の変更 | **・事業所の平面図※****・保険医療機関・保険薬局の変更届(写し)**※介護福祉施設等の建物の一画に事務所を設置している場合は施設内の位置関係等を確認しますので、当該施設のフロア図も添付願います。 | ※同一所在地に同一法人の運営する他の指定事業所がある場合は、当該事業所の届出が必要になる場合があります。※病院・診療所内で実施するサービスになりますので、医療法に基づく変更の手続きが必要なものについては、所管の保健所等で必ず事前に手続きを行ってください。 |

**次ページへ続く**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **変更内容** | **提出書類** | **留意点** |
| 管理者の氏名及び住所 | **・付表（付表第一号（四））（付表第一号（五））（付表第一号（三））（付表第一号（七））(付表第一号（十一）)いずれか対応する様式****・誓約書(参考様式９－３)****・保険医療機関・保険薬局の変更届(写し)**※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**・付表（付表３）（付表４）（付表５）（付表７）(付表９)** | ※付表は、各サービスの様式を使用してください。 |
| 運営規程 | **①区画整理等により住居表示が変更となった場合****②その他運営規程の変更****・付表（付表第一号（四））（付表第一号（五））（付表第一号（三））（付表第一号（七））(付表第一号（十一）)いずれか対応する様式** | ※運営規程の提出は不要です。事業所において運営規程を変更しておいてください。※付表は、各サービスの様式を使用してください。 |
| 介護給付費算定に係る体制（加算項目） | **・体制等状況一覧表（「加算・規模に関する届出」を参照）**※届出方法は「郵送」になります。 | 15日までに届け出た場合、翌月１日からの算定開始となります。※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。 |

**◆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**)。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **変更内容** | **提出書類** | **留意点** |
| **法人の名称****法人所在地** | **・保険医療機関・保険薬局の変更届(写し)****・事業所一覧(参考様式１１) ※1** | ※同法人に、「みなし指定」以外の指定事業所がある場合は、該当するサービスの必要書類を確認してください。※個人診療所が法人化される場合は、新規扱いとなります。※1 複数の事業所がある場合に作成し、提出してください。 |
| **法人代表者の氏名、生年月日及び住所** | **・保険医療機関・保険薬局の変更届(写し)****・事業所一覧(参考様式１１) ※1**※代表者が変わる場合は、変更届出書に代表者の氏名、ふりがな、生年月日、郵便番号、住所、電話番号及びFAX番号(ある場合のみ)を必ず明記してください。※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**・事業所一覧(参考様式１１) ※1** |

**（問合せ先）南河内広域事務室　広域福祉課　電話0721－20-1199**

**※健康保険法（医療保険給付関係）に基づく変更の届出については、近畿厚生局に提出する必要があります。届出が必要な事項、様式等は異なりますので、詳細は下記へお問合せください。**

**近畿厚生局指導監査課　０６－７６６３－７６６３～７６６５**

**〒540-0011　大阪市中央区農人橋１－１－２２　大江ビル８階**