**質問兼告知書**

長　様

以下の事項について相違ありません。

主たる事務所の所在地：

申請者の名称：

代表者の職・氏名：

１．指定の更新申請を行う事業所

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所の名称 | | フリガナ | |  | | | | |
| 名　称 | |  | | | | |
| 事業所の所在地 | | （郵便番号　　　　－　　　　　） | | | | | | |
| （建物の名称等） | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | |  | | | | | | |
| 当初に指定を受けた年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 人員基準  （職種、従業員数も  記入してください。） | 職種 | |  | |  |  |  |  |
| 従業員数 | |  | |  |  |  |  |

２．指定の更新申請を行う事業の種類

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 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 |
| □ | 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入所者生活介護 |
| □ | 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） |
| □ | 介護予防認知症対応型通所介護 |
| □ | 介護予防小規模多機能型居宅介護 |
| □ | 介護予防認知症対応型共同生活介護 |

３．各事業の指定に係る記載事項（該当する事業のみ記入してください。）

　①定期巡回・随時対応型訪問介護看護

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 管理者 | 管理者の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| フリガナ | ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | |
|  |
| 従業者 | 厚生労働省が定める人員基準(※)を満たしていますか | □はい | □いいえ |
| オペレーター | オペレーターの変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| フリガナ | ※変更有りの場合は変更後のオペレーター名を記入 | |
| ① |
| フリガナ |
| ② |
| 主な掲示事項のうち、営業日、その他の年間の休日、営業時間、サービス提供時間、通常の事業の実施地域 | 営業日の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| その他の年間休日の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 営業時間の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| サービス提供時間の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 通常の実施事業の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |

　②夜間対応型訪問介護

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 管理者 | 管理者の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| フリガナ | ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | |
|  |
| 従業者 | 厚生労働省が定める人員基準(※)を満たしていますか | □はい | □いいえ |
| オペレーター | オペレーターの変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| フリガナ | ※変更有りの場合は変更後のオペレーター名を記入 | |
| ① |
| フリガナ |
| ② |
| 主な掲示事項のうち、営業日、その他の年間の休日、営業時間、サービス提供時間、通常の事業の実施地域 | 営業日の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| その他の年間休日の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 営業時間の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| サービス提供時間の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 通常の実施事業の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |

　③地域密着型通所介護

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 管理者 | 管理者の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| フリガナ | ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | |
|  |
| 従業者 | 厚生労働省が定める人員基準(※)を満たしていますか | □はい | □いいえ |
| 単位別情報のうち利用定員、営業日、その他の年間の休日、営業時間、サービス提供時間、主な掲示事項のうち協力医療機関 | 利用定員の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 営業日の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| その他の年間休日の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 営業時間の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| サービス提供時間の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 協力医療機関（療養型のみ）の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |

　④認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 管理者 | 管理者の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| フリガナ | ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | |
|  |
| 従業者 | 厚生労働省が定める人員基準(※)を満たしていますか | □はい | □いいえ |
| 単位別情報のうち利用定員、営業日、その他の年間の休日、営業時間、サービス提供時間、主な掲示事項のうち通常の事業の実施地域、食事費用 | 利用定員の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 営業日の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| その他の年間休日の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 営業時間の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| サービス提供時間の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 通常の実施事業の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 食事の提供に要する費用の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |

⑤小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 管理者 | 管理者の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| フリガナ | ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | |
|  |
| 従業者 | 厚生労働省が定める人員基準(※)を満たしていますか | □はい | □いいえ |
| 介護支援専門員 | 計画作成担当者（介護支援専門員）の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| フリガナ | ※変更有りの場合は変更後の介護支援専門員名を記入 | |
|  |
| 主な掲示事項のうち、登録・通いサービス・宿泊サービスの定員、通常の事業の実施地域、協力医療機関、食事の提供に要する費用、宿泊に要する費用 | 登録定員の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 通いサービスの利用定員の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 宿泊サービスの利用定員の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 通常の実施事業の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 協力医療機関の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 食事の提供に要する費用の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 宿泊に要する費用の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |

　⑥認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 管理者 | 管理者の変更の有無 | | □変更有り | □変更無し |
| フリガナ | | ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | |
|  | |
| 従業者 | 厚生労働省が定める人員基準(※)を満たしていますか | | □はい | □いいえ |
| 計画作成担当者(介護支援専門員) | 計画作成担当者（介護支援専門員）の変更の有無 | | □変更有り | □変更無し |
| 変更前 | フリガナ | ※変更有りの場合は変更前後の計画作成担当者（介護支援専門員）名を記入 | |
|  |
| 変更後 | フリガナ |
|  |
| 主な掲示事項のうち、利用定員、協力医療機関、  食材料費 | 利用定員の変更の有無 | | □変更有り | □変更無し |
| 協力医療機関の変更の有無 | | □変更有り | □変更無し |
| 食材料費の変更の有無 | | □変更有り | □変更無し |

⑦地域密着型特定施設入居者生活介護

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 管理者 | 管理者の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| フリガナ | ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | |
|  |
| 従業者 | 厚生労働省が定める人員基準(※)を満たしていますか | □はい | □いいえ |
| 利用者の推定数 | 利用者の推定数の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |

⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 | □変更有り | □変更無し |
| 併設する施設の概要（併設する施設がある場合） | □変更有り | □変更無し |
| 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 | □変更有り | □変更無し |
| 入所者の推定数 | □変更有り | □変更無し |
| 施設の管理者の氏名、生年月日及び住所 | □変更有り | □変更無し |
| 運営規程 | □変更有り | □変更無し |
| 入所者からの苦情を処理するために講じる措置の概要 | □変更有り | □変更無し |
| 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態 | 厚生労働省が定める人員基準を満たしている□・満たしていない□ | |
| 従業者の資格要件について | 厚生労働省が定める資格要件を満たしている□・満たしていない□ | |
| 当該申請に係る事業に係る資産の状況 | □変更有り | □変更無し |
| 協力病院（歯科も含む）の名称及び診療科目名並びに当該協力病院との契約内容 | □変更有り | □変更無し |
| 当該申請に係る事業に係る施設介護サービス費の請求に関する事項 | □変更有り | □変更無し |
| 役員の氏名、生年月日及び住所 | □変更有り | □変更無し |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | □変更有り | □変更無し |

⑨複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 管理者 | 管理者の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| フリガナ | ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | |
|  |
| 従業者 | 厚生労働省が定める人員基準(※)を満たしていますか | □はい | □いいえ |
| 介護支援専門員 | 計画作成担当者（介護支援専門員）の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| フリガナ | ※変更有りの場合は変更後の介護支援専門員名を記入 | |
|  |
| 主な掲示事項のうち、登録・通いサービス・宿泊サービスの定員、通常の事業の実施地域、協力医療機関、食事の提供に要する費用、宿泊に要する費用 | 登録定員の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 通いサービスの利用定員の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 宿泊サービスの利用定員の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 通常の実施事業の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 協力医療機関の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 食事の提供に要する費用の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |
| 宿泊に要する費用の変更の有無 | □変更有り | □変更無し |

※「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号)」、「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第36号)」に定める人員基準を満たしていることを言います。人員基準を満たしていない場合は更新できません。

**・各項目について変更がある場合は、変更届を提出して下さい。**