**変更届提出書類一覧（病院・診療所・薬局における訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導）**

**■ 届出について**

・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**

・原則電子申請・届出システムで提出してください。

※システムでの提出が難しい場合は、郵送で送付してください。届出の写しを希望する場合は、返送先住所・宛名を記入し切手を貼付した返信用封筒を同封してください。

◆サービス情報の変更　提出書類一覧

サービス情報の変更届については、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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **変更する事項** | **提出書類** | **留意点** |
| 事業所の名称 | ・変更届出書（様式第**一**号（五））  ・対象サービス事業所の指定に係る記載事項  \*訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定に係る記載事項  （付表第一号（三））  \*訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション  事業所の指定に係る記載事項（付表第一号（四））  \*居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所の指定に係る記載事項（付表第一号（五））  ・保健医療機関・保健薬局の変更届の**受付済み**の写し | 事業所名が定款等で定められている場合は、定款等変更の手続が必要です。  付表は、各サービスの様式を使用してください。 |
| 専用区画等の変更 | ・変更届出書（様式第**一**号（五））  ・変更前・変更後の平面図（各部屋の用途、面積を明示）  　　※変更箇所が分かるようにしてください。 | 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を行ってください。 |
| 運営規程 | 区画整理等により住居表示が変更となった場合  ・変更届出書（様式第**一**号（五））  ・対象サービス事業所の指定に係る記載事項  \*訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定に係る記載事項  （付表第一号（三））  \*訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション  事業所の指定に係る記載事項（付表第一号（四））  \*居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所の指定に係る記載事項（付表第一号（五））  ・運営規程 |  |
| 管理者の  氏名及び住所 | ・変更届出書（様式第**一**号（五））  ・対象サービス事業所の指定に係る記載事項  \*訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定に係る記載事項  （付表第一号（三））  \*訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション  事業所の指定に係る記載事項（付表第一号（四））  \*居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所の指定に係る記載事項（付表第一号（五））  ・保健医療機関・保健薬局の変更届の**受付済み**の写し  ・誓約書 (参考様式９【共通】)  ※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  ・変更届出書（様式第**一**号（五））  ・対象サービス事業所の指定に係る記載事項  \*訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定に係る記載事項  （付表第一号（三））  \*訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション  事業所の指定に係る記載事項（付表第一号（四））  \*居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所の指定に係る記載事項（付表第一号（五）） | ※管理者変更に際し、事業所の登録メールアドレスが変更になる場合は、その旨、電子メールにてお知らせください。 |
| 法人の名称・法人所在地  (開設者・開設者所在地） | ・変更届出書（様式第**一**号（五））  ・保健医療機関・保健薬局の変更届の**受付済み**の写し  ・事業所一覧(参考様式１１)  ※移転に際し、法人の電話・ＦＡＸ番号が変更になる場合は、変更届出書に記載してください。変更がない場合は、その旨記載してください。 | 同一法人に、「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。  法人等情報の変更届については、法人等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)。  個人診療所が法人化される場合は新規扱いとなります。 |
| 法人代表者の氏名及び住所 | ・変更届出書（様式第**一**号（五））  **※代表者の変更届出は、変更届出書に代表者の**  **①職名②氏名及びふりがな③生年月日④住所⑤電話番号**  **を必ず明記してください。**  ・保健医療機関・保健薬局の変更届の**受付済み**の写し  ・事業所一覧(参考様式１１)  ・誓約書 (参考様式９【共通】) |