

変更届出に係る添付書類一覧 【地域包括支援センター】

△：書類の変更があった場合に提出が必要となります。

伊丹市R3.6.1

| 番号 | 変更内容 様式の有無 | 変更届出書 | 付表 | 登記事項証明書 (3ヶ月以内) | 勤務形態 一覧表 変更月のもの | 経歴書 | 介護支援 専門員証・ 資格証の写し | 平面図 | 変更された 部分の写真 | その他 | 備考 |
|----|--|-------|----|--------------------|-----------------------|-------|-------------------------|-------|----------------|-----|--|
| | | | | | 参考様式1 | 参考様式2 | | 参考様式3 | | | |
| 1 | 地域包括支援センターの名称 | ○ | ○ | | | | | | | | |
| 2 | 地域包括支援センターの所在地 | ○*1 | ○ | | | | | ○ | ○ | | *1 電話番号・FAX番号が変更となる場合は、変更前・変更後欄に番号を記入してください。 |
| 3 | 主たる事務所(法人)の所在地 | ○ | | ○ | | | | | | | *1 電話番号・FAX番号が変更となる場合は、変更前・変更後欄に番号を記入してください。 |
| 4 | 代表者の氏名、生年月日及び住所 | ○ | | ○ | | | | | | | |
| 5 | 定款・寄付行為・登記事項証明書・条例等の変更 (当該事業に関するものに限る。) | ○ | | △ | | | | | | | |
| 6 | 事業所の平面図 | ○ | ○ | | | | | ○ | ○ | | |
| 7 | センター長及び職員の氏名、生年月日、住所、 職歴 | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○*1 | | | ○*2 | *1 顔写真付の有効期限内のもの *2 雇用証明書(参考様式9)、職員名簿(参考様式15)、資格証等の写し※住所のみの変更の場合、変更のある書類のみ提出してください。 |
| 8 | 職員の職種及び員数 | ○ | ○ | | ○ | △ | △*1 | | | △*2 | *1 顔写真付の有効期限内のもの *2 雇用証明書(参考様式9)、職員名簿(参考様式15)、資格証等の写し |
| 9 | 営業日、営業時間及び担当区域 | ○ | ○ | | | | | | | | |
| 10 | 介護支援専門員の氏名・登録番号 | ○ | ○ | | ○ | | ○*1 | | | ○*2 | *1 顔写真付の有効期限内のもの *2 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧(参考様式7) |
| 11 | その他 | ○ | △ | | | | | | | | 変更内容によって異なります。添付書類についてはお問い合わせください。 |

※変更の状況がわかる書類を添付してください。また、追加の書類を求めることがありますのでご了承ください。□

※変更のあった日から**10日以内**に必要な書類を提出してください。

【問い合わせ先】
〒664-8503
伊丹市千僧1丁目1番地
伊丹市法人監査課
TEL:072-744-2206
FAX:072-784-3283