

現在の事業に変更事項が発生した場合の 手続と届出の方法

＜訪問サービス編＞

平成20年3月

神奈川県保健福祉部障害福祉課

現在の事業に変更が発生した場合の手続きと届出の方法

<訪問サービス編>

1 変更の届出

- (1) 指定障害福祉サービス事業所、施設は次に掲げる事項に変更があった場合、変更の日から10日以内に県に届け出る必要があります。
- (2) 変更届の提出に当たって、それぞれ添付書類があります（表1）ので、変更届出書（様式第2号）に添付して提出してください。
- (3) 管理者の変更の場合は、個別に予約の上、簡単な面接を行いますので障害福祉課自立支援調整班までお問い合わせください。

表 1

	変更の届出を要する事項	必要な添付書類(いずれも変更後のもの)	備考
1	事業所（施設）の名称	運営規程	
2	事業所（施設）の所在地 （設置の場所）	運営規程 事業所・施設の平面図 居室面積等一覧表 事業所の設備・備品の一覧表 事業所の外観及び内部の写真 建物質貸借契約書 各付表	電話番号、FAX番号も変更になっている場合は、変更届に記載してください。
3	申請者の名称 （申請法人の名称）	定款 登記事項証明（履歴事項全部証明書） 運営規定	複数の事業所がある場合は、定款、登記事項証明書は1部の添付でかまいません。
4	主たる事務所の所在地 （法人の所在地）	定款 登記事項証明（履歴事項全部証明書）	電話番号、FAX番号も変更になっている場合は、変更届に記載してください。
5	代表者の氏名及び住所（法人の代表者）	登記事項証明（履歴事項全部証明書）	
6	定款・寄付行為等およびその登記簿の謄本又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る）	定款 登記事項証明（履歴事項全部証明書）	
7	事業所（施設）の平面図及び設備の概要	事業所・施設の平面図 居室面積等一覧表 事業所の設備・備品の一覧表 事業所の外観及び内部の写真 建物質貸借契約書 各付表	
8	事業所（施設）の管理者に氏名及び住所	管理者の経歴書 管理者誓約書	管理者の変更の場合は、予約の上簡単な面接を行います。
9	事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所	サービス提供責任者の経歴書 資格証明書の写し 実務経験証明書	資格がヘルパー2級である場合は、3年以上の実務経験証明書が必要です。

10	事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所（相談支援専門員が変更になる場合も該当）	サービス管理責任者（相談支援専門員）の経歴書 各研修の修了証 実務経験証明書	
11	主たる対象者	運営規程 主たる対象者を特定する理由等	
12	運営規程	運営規程 定員変更に伴い、従業者の配置変更などがある場合は、組織体制図、勤務体制表も添付してください。	
13	介護給付費等の請求に関する事項	添付書類は特になし	
14	事業所の種別（併設型・空床型の別	運営規程	
15	併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所の定員	運営規程	
16	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容	協力医療機関との契約内容	
17	知的障害者援護施設等との連携体制及び支援の体制の概要	指定障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要	
18	当該申請に係る事業の開始予定年月日	添付書類は特になし	
19	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要	併設施設の変更が分かる書類	
20	同一敷地内にある入所施設及び病院の概要	入所施設及び病院の変更が分かる書類	

2 事業を廃止・休止・再開する場合の手続き

- (1) 指定障害福祉サービス事業所が廃止・休止・再開を行う場合は、県に届け出る必要があります。

- (3) 必要な書類

サービス種類	提出の必要がある届出書類	提出期限	備考
指定障害福祉サービス事業所	廃止・休止・再開届出書（様式第2号）	廃止・休止・再開の日から10日以内	再開する場合で、勤務体制、勤務形態が休止前と異なる場合は、組織体制図（参考様式7）、勤務体制（別紙2）を添付して下さい。 廃止する場合は、廃止届けと一緒に指定書を返送して下さい。

3 指定の取消し等

- (1) 都道府県知事は、次の各号のいずれかに該当する場合には、当該指定障害福祉福祉サービス事業所の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部もしくは一部の効力を停止することができます。（障害者自立支援法第50条）

1	指定障害福祉サービス事業者が、第36条第3項第4号、第5号、第10号又は第11号のいずれかに該当するに至ったとき。
2	指定障害福祉サービス事業者が、第42条第3項の規定に違反したと認められるとき。
3	指定障害福祉サービス事業者が、第43条第1項の厚生労働省令で定める基準を満たすことができなくなったとき。
4	指定障害福祉サービス事業者が、第43条第2項の厚生労働省令で定める指定障害福祉サービスの事業及び運営に関する基準に従って適正な指定障害福祉サービスの事業の運営をすることができなくなったとき。
5	介護給付費若しくは訓練等給付費又は療養介護医療費の請求に不正があったとき。
6	指定障害福祉サービス事業者が、第48条第1項の規定により報告又は帳簿書類その他の物件の提出若しくは提示を命ぜられてこれに従わず、又は虚偽の報告をしたとき。
7	指定障害福祉サービス事業者又は当該指定に係るサービス事業所の従業者が第48条第1項の規定により出頭を求められてこれに応ぜず、同項の規定による質問に対して答弁せず、若しくは虚偽の答弁をし、又は同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したとき。ただし、当該指定に係るサービス事業所の従業者がその行為をした場合において、その行為を防止するため、当該指定障害福祉サービス事業者が相当の注意及び監督を尽くしたときを除く。
8	指定障害福祉サービス事業者が、不正の手段により第29条第1項の指定を受けたとき。
9	前各号に掲げる場合のほか、指定障害福祉サービス事業者がこの法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの又はこれらの法律に基づく命令若しくは処分に違反したとき。
10	前各号に掲げる場合のほか、指定障害福祉サービス事業者が、障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をしたとき。
11	指定障害福祉サービス事業者が法人である場合において、その役員等のうちに指定の取り消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止をしようとするとき前5年以内に障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者があるとき。
12	指定障害福祉サービス事業者が法人でない場合において、その管理者が指定の取り消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止をしようとするとき前5年以内に障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

4 変更手続きに関する問合せ・書類の郵送先

問合せ先

神奈川県保健福祉部障害福祉課 自立支援調整班
TEL 045-210-4732
FAX 045-201-2051

書類の郵送先

〒231-8588
神奈川県横浜市中区日本大通1
神奈川県 保健福祉部障害福祉課 自立支援調整班

(様式第2号)

変 更 届 出 書

年 月 日

神奈川県知事 殿

所 在 地
事 業 者 名 称
(施設の設置者) 代 表 者

印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

事業所番号		サービス種類コード	
指定内容を変更した事業所(施設)	名 称		
	所 在 地		
	サ ー ビ ス の 種 類		
変更があった事項		変更の内容	
1	事業所(施設)の名称	(変更前)	
2	事業所(施設)の所在地(設置の場所)		
3	申請者(設置者)の名称		
4	主たる事務所の所在地		
5	代表者の氏名及び住所		
6	定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)		
7	事業所(施設)の平面図及び設備の概要		
8	事業所(施設)の管理者の氏名及び住所		
9	事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所		
10	事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所		
11	主たる対象者		
12	運営規程	(変更後)	
13	介護給付費等の請求に関する事項		
14	事業所の種別(併設型・空床型の別)		
15	併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員		
16	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容		
17	知的障害者援護施設等との連携体制及び支援の体制の概要		
18	当該申請に係る事業の開始予定年月日		
19	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要		
20	同一敷地内にある入所施設及び病院の概要		
変更年月日		平成 年 月 日	

備考1 該当項目番号に○を付してください。

2 変更内容がわかる書類を添付してください。

3 変更の日から10日以内に届け出てください。

(様式第2号)

記載例

変 更 届 出 書

平成20 年 〇 月 〇 日

神奈川県知事 殿

所 在 地 神奈川県横浜市中区日本大通1
事 業 者 名 称 社会福祉 かながわ福祉会
(施設の設置者) 代 表 者 神奈川 一郎

法人印を押印

印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

	事業所番号	1	4	1	0	4	*	*	*	*	*	サービス種類コード	1	1
指定内容を変更した事業所(施設)	名 称	かながわ福祉会よこはま西区ヘルパーステーション												
	所 在 地	神奈川県横浜市中区日本大通1												
	サ ー ビ ス の 種 類	居宅介護												
変更があった事項		変更の内容												
1	事業所(施設)の名称	(変更前)												
2	事業所(施設)の所在地(設置の場所)													
3	申請者(設置者)の名称	管理者 かわさき 次郎												
4	主たる事務所の所在地	〒 000-**00												
5	代表者の氏名及び住所	住所 神奈川県川崎市川崎区宮本町1番地												
6	定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)													
7	事業所(施設)の平面図及び設備の概要													
8	事業所(施設)の管理者の氏名及び住所													
9	事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所													
10	事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所													
11	主たる対象者													
12	運営規程	(変更後)												
13	介護給付費等の請求に関する事項													
14	事業所の種別(併設型・空床型の別)	管理者 よこすか 花子												
15	併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員	〒 111-**11												
16	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容	住所 神奈川県横須賀市小川町11												
17	知的障害者援護施設等との連携体制及び支援の体制の概要													
18	当該申請に係る事業の開始予定年月日													
19	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要													
20	同一敷地内にある入所施設及び病院の概要													
変更年月日		平成 20年 〇月 ×日												

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。
2 変更内容がわかる書類を添付してください。
3 変更の日から10日以内に届け出てください。

省令等で規定する届出事項について、
変更が生じた場合、この様式を用いて、
届出を行うこと。

(様式第3号)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

神奈川県知事 殿

所在地
事業者名称
代表者

印

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

	事業所番号												サービス種類コード		
廃止(休止・再開)する事業所	名称														
	所在地														
	サービスの種類														
廃止・休止・再開した年月日		平成 年 月 日													
廃止・休止した理由															
現に指定障害福祉サービスを受けていた者 に対する措置(廃止・休止した場合のみ)															
休止予定期間		平成 年 月 日～平成 年 月 日													

(注) 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。

2 廃止・休止・再開の日から10日以内に届け出てください。

(様式第3号)

記載例

廃止・休止・再開届出書

平成20年 ○月 ○日

神奈川県知事 殿

住 所 神奈川県横浜市中区日本大通1
事 業 者 名 称 社会福祉法人 かながわ福祉会
代 表 者 理事長 かながわ 一郎

印

法人印を
押印

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

事業所番号	1	4	1	2	6	*	*	*	*	*	サービス種類コード	1	1
(廃止(休止・再開)する事業所	名	かながわ福祉会さがみはらヘルパーステーション											
	所 在 地	神奈川県相模原市中央2-11-15											
	サ ー ビ ス の 種 類	居宅介護											
(廃止・休止・再開した年月日	平成18年 ○月 △日												
廃止・休止した理由	法人の事業再編により当該事業所を閉鎖するため。												
現に指定障害福祉サービスを受けていた者 に対する措置(廃止・休止した場合のみ)	全利用者(契約者)に対し、利用可能な近隣事業所を紹介し、契約を締結し、途切れなくサービスが提供されるよう連絡、調整等の措置を行い、 手続が完了したことを確認した。												
休止予定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日												

(注) 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。

2 廃止・休止・再開の日から10日以内に届け出てください。

事業を廃止、休止、再開する場合はこの書式を提出すること。