

障害福祉サービス変更・加算届連絡票

(太線枠内に必要事項を記載して必要書類と一緒に提出してください。)

受付番号	受付簿・審査①	受付票返送	審査②	システム	システム②	システム加算	システム加算②
CH	/	/	/	/	/	/	/

法人名		事業所番号	
事業所名		連絡先TEL	
担当者名		受任事務所名	担当
サービス種別			
変更内容	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 法人代表者等 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 専用区画 <input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 報酬算定区分・加算 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	報酬算定の変更内容		

区分	内容	チェック	審査
変更届	事業所ごとに作成している。法人の変更の場合は事業所一覧を添付。	<input type="checkbox"/>	
	法人代表者の職・氏名を記載している。	<input type="checkbox"/>	
	変更内容を全て「変更の内容」欄に記載している。 (電話番号・苦情窓口なども)	<input type="checkbox"/>	
	変更年月日・届出年月日を記載している。(変更の事実の発生日・提出した日)	<input type="checkbox"/>	
	変更の事実の発生日の前又は事実発生日から10日以内に届出をしている。	<input type="checkbox"/>	
必要に応じて	付表	<input type="checkbox"/>	
	資格証・証明書の写し	<input type="checkbox"/>	
	変更事項の証明書類	<input type="checkbox"/>	
加算届	介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書	<input type="checkbox"/>	
	体制等状況一覧表	<input type="checkbox"/>	
	介給別紙	<input type="checkbox"/>	
	加算事項の確認書類	<input type="checkbox"/>	
	提出締切	<input type="checkbox"/>	
返信用定形封筒(長3型) 本市から、受付印を押印した 受付票の返信が必要な場合	封筒の表に(〇〇変更届分)と記入してください。	<input type="checkbox"/>	
	宛名は、事業所名+「御中」と記入してください。必要金額分の切手を貼付してください。料金不足の場合でもそのまま送付します。	<input type="checkbox"/>	
控え書類(事業所分)	控え書類としてコピーを保管している。	<input type="checkbox"/>	
上記以外の変更	今回の変更以前の変更は全て届出済みである。※変更のある場合は別途変更届が必要です。	<input type="checkbox"/>	
変更・加算届連絡票(本書)	必要事項は全て記入している。	<input type="checkbox"/>	

補正履歴

日時	TEL相手	補正内容	担当者	補正日	備考

受付印

障害福祉サービス変更・加算届受付票

受付番号	CH
------	----

*以下の欄も記入しておいてください。

法人名		事業所番号	
事業所名			
変更・加算内容			
変更年月日	年 月 日	受任事務所名	

受付完了。ただし、補正等の必要がある場合は別途連絡します。

受付印