

変更届出書

郵送の場合、発信日を記載

2019年 2月 1日

豊中市長様

主たる事務所の所在地 豊中市中桜塚〇丁目×番△号  
 開設者 名称 ○〇会社 ××△△  
 代表者の職・氏名 代表取締役 豊中太郎 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。

介護保険事業者番号 2 7 7 4 0 × × × × ×

名称  
××△△訪問看護ステーション

所在地  
豊中市中桜塚〇丁目×番△号

サービスの種類

訪問看護・介護予防訪問看護

変更があった事項(該当に○)

変更の内容

- 1 事業所(施設)の名称
- 2 事業所(施設)の所在地
- 3 申請者の名称
- 4 主たる事務所の所在地
- 5 代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所
- 6 登記事項証明書・条例等  
(当該事業に関するものに限る。)
- 7 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等
- 8 備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業)
- 9 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所口  
(介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。)
- 10 サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
- 11 運営規程
- 12 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関
- 13 事業所の種別
- 14 提供する居宅療養管理指導の種類
- 15 事業実施形態  
(本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型・空床利用型・併設型の別)
- 16 利用者、入所者又は入院患者の定員
- 17 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制
- 18 福祉用具の保管・消毒方法  
(委託している場合にあつては、委託先の状況)
- 19 本体施設、本体施設との移動経路等
- 20 併設施設の状況等
- 21 介護給付費算定に係る体制等の状況
- 22 介護支援専門員の氏名及びその登録番号
- 23 事業所・施設の電話番号、FAX番号、E-mailアドレス

(変更前)  
サテライト(出張所)未設置  
  
①(通常の事業の実施地域)  
第〇〇条 通常の事業の実施地域は、豊中市、大阪市北区の区域とする。

(変更後)  
サテライト(出張所)設置  
  
①(出張所の名称等)  
第〇〇条 出張所の名称及び所在地は、次のとおりとする。  
出張所名称: ××△△訪問看護ステーション 中桜塚出張所  
出張所所在地: 〒561-〇〇〇〇 豊中市中桜塚〇丁目△番×号  
  
(通常の事業の実施地域)  
第〇〇条 通常の事業の実施地域は、豊中市、大阪市北区、吹田市の区域とする。

変更年月日

2019年 4月 1日

変更理由

出張所の設置年月日を記載

備考 「変更届提出書類一覧」、「指定内容の変更手続き」を参照し、必要書類を添付してください。

担当者名

連絡先(電話番号)

付表 3 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

事業所	フリガナ	○×ホウモンカンゴステーション							
	名称	○×訪問看護ステーション							
	所在地	(郵便番号 561 - ××××) 大阪府豊中市××町1丁目○番○号 △△ビル口階							
	連絡先	電話番号	00-0000-0000		FAX番号	00-0000-0000			
	E-mail	toyonaka_marubatukanngo @ xxxx.xx.xx							
事業所種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護ステーション								
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )			
	氏名								
	生年月日								
	※管理者の職種								
	※当該事業所での看護職員との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称及びサービス名								
	兼務する職種及び勤務時間等								
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
従業者の職種・員数		看護師		保健師		准看護師		理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)		4	1						
非常勤(人)		4				2			
※常勤換算後の人数(人)		7.0							
(訪問看護・介護予防訪問看護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)									
事業所	フリガナ	○×ホウモンカンゴステーション ナカサクラヅカシュツョウシヨ							
	名称	○×訪問看護ステーション 中桜塚出張所							
	所在地	(郵便番号 561 - ××××) 大阪府豊中市中桜塚○丁目○番○号							
	連絡先	電話番号	00-0000-0000		FAX番号	00-0000-0000			
	E-mail	toyonaka_marubatukango-nakasakuraduka @ xxx.xx.xx							

本体事業所の情報を記入してください。

出張所の人員を含んだ人数を記載してください。

小数点第一位まで記載してください。(第二位切り捨て)

ビルの場合は、名称・部屋番号を記入してください。

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
  - 2 ※欄は、訪問看護ステーションの場合のみ記入してください。
  - 3 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所が行うものについては、法第 71 条第 1 項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありませんが変更届は必要です。
  - 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

## 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 サテライト設置用

(訪問看護・介護予防訪問看護)

### 1 異動等の区分

1	新規	2	変更	3	終了
---	----	---	----	---	----

### 2 事業所番号および名称

事業所番号	2	7	7	4	0	×	×	×	×	×
事業所の名称	××△△訪問看護ステーション 中桜塚出張所									

### 3 届出する体制

加算等の項目								異動(予定)年月日
地域区分	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	その他	年 月 日
施設等の区分	② 訪問看護ステーション							

※加算項目は本体事業所と同一の内容になります。

「地域区分」は出張所の所在する地域の区分を記載してください。

「移動年月日」は出張所の設置年月日を記載してください。

【誓約書】出張所設置に係る誓約書（訪問看護ステーション）

# 誓 約 書

サービスの種別	訪問看護・介護予防訪問看護
事業所の名称	××△△訪問看護ステーション
介護保険事業所番号	276〇〇〇〇〇〇〇〇
出張所の名称	××△△訪問看護ステーション 中桜塚出張所
出張所の所在地	豊中市中桜塚〇丁目△番×号

<p>1 人員基準に係る事項</p> <p>① 主たる事業所の従業員に不足している。</p>	<p>以下の「対応の可否」の全ての項目を満たしている必要があります。 内容をよくお読みの上ご確認ください。</p>	<p>対応の可否</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無</p>
--	---	--

<p>2 設備基準に係る事項</p> <p>① 出張所で業務を行うのに必要な設備（事務机、手指洗浄、鍵付き書庫、電話、ファックス等）を確保すること。</p> <p>② 出張所として使用する物件が法人の自己所有でない場合、賃貸借契約等を締結し使用権限を確保すること。</p> <p>③ 出張所の事務室に関しては、当該業務の専用の区画として確保されており、また事業所関係者以外の者が自由に立ち入ることができないよう施錠することができるものであること。</p>		<p><input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無</p>
---	--	---

<p>3 出張所と主たる事業所との一体的運営に係る事項</p> <p>① 利用申込みにかかる調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等を一体的に行える体制がある。</p> <p>② 職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理できる体制にある。必要な場合に随時、主たる事業所や他の出張所等との間で相互支援が行える体制（例えば、当該出張所等の従業員が急病等でサービスの提供ができなくなった場合に、主たる事業所から急遽代替要員を派遣できるような体制）にある。</p> <p>③ 苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にある。</p> <p>④ 事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用料等を定める同一の運営規程を定めている</p>		<p><input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無</p>
--	--	---

⑤ 人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理を一元的に行える体制にある。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
--	--

4 出張所を運営するにあたり管理者が配慮すべき事項	対応の可否
① 重要事項説明書の交付、訪問看護計画書の説明等、利用申込の調整にあたっては、管理者の管理のもとに一元的に行うこと。	可 ・ 否
② 「訪問看護計画」の内容について情報を共有し、必要があれば適宜見直しを行うなど適切な対応を行うこと。	可 ・ 否
③ 出張所におけるサービス提供状況（訪問看護記録書）を報告させ把握するとともに、適切な指導を行うこと。	可 ・ 否
④ 定期的に出張所を訪問し、出張所の衛生管理を徹底すること。	可 ・ 否
⑤ 出張所において訪問看護計画書やサービス提供に係る記録等を保管する場合は、出張所においても個人情報適正に管理されているかを定期的に訪問し確認すること。	可 ・ 否
⑥ 出張所との緊急時の連絡体制を整備すること。  (具体的な連絡体制) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	可 ・ 否
⑦ 主たる事業所と出張所との会議を定期的を開催するなどして、相互の相談体制を確立すること。	可 ・ 否
⑧ 従業者全員に対する研修の機会を定期的に持つこと。	可 ・ 否

- a. 今回の出張所設置の届出にあたって、上記全ての誓約事項の内容を理解した上で満たしていること。
- b. 今回の出張所設置の届出に関して、後日、大阪府から必要書類の提出を求められ、今回の届出が虚偽若しくは誓約事項を満たしていないことが判明した場合には、速やかに大阪府の指示に従って必要な措置をとること。

上記事項 a 及び b について誓約します。  
 なお、事業の運営にあたっては介護保険法その他の

法人所在地・法人名称・法人代表者名を記載し、法人印を押印してください。  
 事業所名や事業所の管理者名を記載するものではありません。

【署名欄】

主たる事務所の所在地： 豊中市中桜塚〇丁目×番△号  
 名 称： ○○会社 ××△△  
 代表者の職・氏名： 代表取締役 豊中太郎

印

△△△訪問看護ステーション  
指定訪問看護〔指定介護予防訪問看護〕事業運営規程

(事業の目的)

第1条 . . .

(中略)

(事業所の名称等)

第4条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- (1) 名称 ○×訪問看護ステーション
- (2) 所在地 ○○市○○町○丁目○番○号 ○○ビル○階

第4条の2 出張所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- (1) 名称 ○×訪問看護ステーション 中桜塚出張所
- (2) 所在地 豊中市中桜塚○丁目○番○号

出張所の名称は必ず「○○訪問看護ステーション△△出張所」のように主たる事業所との関係がわかる名称としてください。

※付表3-2で記載した名称・所在地と一致させてください。

(従業者の職種、員数及び職務の内容)

第5条 事業所における従業者の職種、員数及び職務の内容は次のとおりとする。

- (1) 管理者 看護師 1名(常勤職員)  
管理者は、主治医の指示に基づき適切な指定訪問看護 . . . (以下略)
- (2) 看護職員 看護師 ○名(常勤○名、非常勤○名)  
看護職員は、主治医の指示による指定訪問看護 . . . (以下略)
- (3) 理学療法士 ○○名
- (4) 事務職員 ○名(常勤又は非常勤 ○名)

主たる事業所及び出張所に配置している人員も合算して記載してください。

※付表3で記載した従業者数と併せてください。

(中略)

(通常の事業の実施地域)

第9条 通常の事業の実施地域は、豊中市、大阪市北区の . . . (略)

出張所名	実施地域
△△出張所	○○市○○区、○○町
■ ■出張所	○○市○○区、○○市
○○出張所	○○村

出張所を含めた全体として訪問看護の提供が可能である事業の実施地域を記載してください。  
なお、この規程に記載した地域以外一切のサービスが提供できないというものではありません。  
また、出張所の配置により拠点事業所の実施地域も変更となる場合は、運営規程にもその内容を反映しておいてください。

※付表3で記載した実施地域と併せてください。

出張所ごとの事業の実施地域を記載してください。  
※付表3-2で記載した実施地域と併せてください。

(中略)

附則

この規程は、平成〇〇年〇月〇日から施行する。

**この規程は、平成〇〇年〇月〇日から施行する。**

日付は、**サテライトの設置年月日**を記載し、以下に追加してください。