

医療型児童発達支援

【体制に係る変更】

|         |                                    |                                      |
|---------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 届 出 期 限 | ① 下記②以外の変更                         | 変更の日から、土日祝日を除き <b>10日以内</b>          |
|         | ② 事業所の所在地変更、平面図の変更（軽微な変更を除く）、定員の増減 | 変更の <b>1カ月前</b> （1カ月前が閉庁日の場合は直前の閉庁日） |

| 添付書類<br>届出事項 |   |                           | 様式第2・2号（変更届出書） | 様式第5・2号 | 付表3 | 付表6（多機能型） | 別紙1（体制等状況一覧表） | 別紙2（勤務形態一覧表） | 登記事項証明書等（原本） | 暴力団員等排除に係る誓約書 | （参考）様式第2・2条誓約書 | 協力医療機関との契約書 | 運営規程 | 参考様式1（平面図） | 参考様式2（設備・備品一覧） | 写真 | 賃貸借契約書の写し<br>又は土地・建物の所有が確認<br>できる書類 | 参考様式3（経歴書） | 研修修了証・資格証の写し | （参考）様式4<br>（実務経験証明書） | 参考様式5<br>（社会福祉施設等の新設等に係る建築基準法の取扱い） | 区消防署との協議経過 | その他関係機関への届出状況 | 業務管理体制の変更届 |
|--------------|---|---------------------------|----------------|---------|-----|-----------|---------------|--------------|--------------|---------------|----------------|-------------|------|------------|----------------|----|-------------------------------------|------------|--------------|----------------------|------------------------------------|------------|---------------|------------|
|              |   |                           |                |         |     |           |               |              | *1           | *2            |                |             |      | *3         | *4             | *5 |                                     |            |              |                      | *6                                 | *7         | *8            | *9         |
|              |   | 申請者（法人）の名称                | ○              |         |     |           |               |              | ○            |               |                |             |      |            |                |    |                                     |            |              |                      |                                    |            |               | ○          |
|              |   | 主たる事務所（法人）の所在地            | ○              |         |     |           |               |              | ○            |               |                |             |      |            |                |    |                                     |            |              |                      |                                    |            |               | ○          |
|              |   | 代表者の氏名及び住所                | ○              |         |     |           |               |              | ○            | ○             | ○              |             |      |            |                |    |                                     |            |              |                      |                                    |            |               | ○          |
| ※1           |   | 登記事項証明書又は条例等              | ○              |         |     |           |               |              | ○            |               |                |             |      |            |                |    |                                     |            |              |                      |                                    |            |               |            |
|              |   | 医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること | ○              |         | ○   | △         |               |              |              |               |                |             |      |            |                |    |                                     |            |              |                      |                                    |            |               |            |
|              |   | 事業所の名称                    | ○              |         | ○   | △         |               |              |              |               |                |             | ○    |            |                |    |                                     |            |              |                      |                                    |            |               |            |
|              | ★ | 事業所の所在地                   | ○              |         | ○   | △         |               |              |              |               |                |             | ○    | ○          | ○              | ○  | ○                                   |            |              |                      |                                    | ○          | ○             | ○          |
|              | ★ | 平面図及び設備の概要                | ○              |         |     |           |               |              |              |               |                |             |      | ○          | ○              | ○  |                                     |            |              |                      |                                    | △          | △             | △          |
| ※2           | ★ | 定員の増加                     | ○              | ○       | ○   | △         | ○             | ○            |              |               |                |             | ○    |            |                |    |                                     |            |              |                      |                                    |            | △             | △          |
|              |   | 定員の減少                     | ○              | ○       | ○   | △         | ○             | ○            |              |               |                |             | ○    |            |                |    |                                     |            |              |                      |                                    |            |               |            |
| ※3           |   | 管理者の氏名及び住所                | ○              |         | ○   |           |               | ○            |              | ○             | ○              |             |      |            |                |    |                                     |            | ○            |                      |                                    |            |               |            |
| ※3           |   | 児童発達支援管理責任者の氏名及び住所        | ○              |         | ○   |           |               | ○            |              |               |                |             |      |            |                |    |                                     |            | ○            | ○                    | ○                                  |            |               |            |
|              |   | 運営規程                      | ○              |         |     |           |               |              |              |               |                |             | ○    |            |                |    |                                     |            |              |                      |                                    |            |               |            |
|              |   | 協力医療機関の名称等                | ○              |         |     |           |               |              |              |               |                | ○           |      |            |                |    |                                     |            |              |                      |                                    |            |               |            |

○：必須 △：場合によって必要 空欄：不要

※届出の際の注意点

- ★事前相談の上、変更の1カ月前（閉庁日の場合は、直前の閉庁日）までに提出してください。  
（平面図の面積増減が無い場合や、軽微なレイアウト変更等については事前相談不要。相談の要否について判断に迷う場合はご連絡ください。）
- 1）登記事項証明書又は条例等： 当該指定に係る事業に関するものに限り、ます。
- 2）定員の増加・減少： 定員規模（報酬区分）に変更がないか要確認。また、人員基準や設備基準を満たしているか必ず確認してください。
- 3）氏名及び住所変更： 同一人の氏名及び住所のみを変更する場合は様式第2号（変更届出書）、参考様式3、暴力団員等排除に係る誓約書※のみ添付で可。（※管理者の場合のみ必要）  
基礎研修修了者が、個別支援計画の原案作成までの業務に従事する場合も届出が必要です。  
（実践研修を6カ月以上のOJTにより受講するための要件関連）  
**やむを得ず児童発達支援管理責任者が欠ける場合は必ず事前にご相談ください。**

※ 添付書類の注意

- 1）登記事項証明書等（原本）： 複数の事業所の変更届を同一の変更年月日で提出する場合、添付は1部で可。
- 2）暴力団員等排除に係る誓約書： 役員名簿には**管理者**についても忘れずに記名してください。
- 3）平面図： 基準上の設備名を記入してください。また、各部屋の㎡数についても必ず記載して下さい。
- 4）写真： 変更となるすべての部屋について、部屋名を付した写真を提出してください。（事業所の移転の場合は外観・表札の写真も必要）
- 5）土地・建物の所有が確認できる書類： 土地・建物の登記事項証明書など。
- 6）社会福祉施設等の新設等に係る建築基準法の取扱いについて： 建築指導課との協議後に交付される。写しを提出してください。
- 7）区消防署との協議経過： 任意様式で可。協議を行った日時・相談者・指導内容・指導への対応等を記載してください。
- 8）その他関係機関への届出状況等： 建築物等検査済証、防火対象物使用開始届出書、消防用設備等検査済証など。
- 9）業務管理体制の変更届： 仙台市・宮城県・厚生労働省いずれかの担当機関へ提出してください。  
（担当機関、様式については仙台市HP「障害福祉サービス事業者等の業務管理体制の整備について」をご確認ください。）