

このサイトは電子申請届出システムのデモ用の環境となります。

- デモ用のログインアカウントは共有のものであり、複数のユーザが利用可能です。個人情報を含んだ入力を行わないようご注意ください。
- 登録した申請届出データは毎日24時に削除いたしますのでご注意ください。
- 申請時及び、受付時にメール送付はございません。
- デモ環境の仕様につきましてのお問い合わせは受け付けておりません。操作方法につきましては「ヘルプ」画面の操作マニュアルをご参照ください。

メニュー > 介護保険事業の変更届出

届出先選択 > 様式入力 > 法人情報の変更 > 付表入力 > 添付書類アップロード > 確認

介護保険事業の変更届出 居宅施設 第3号様式

画面の項目に入力し、案内に沿って申請をお願いします。  
 ※本格運用を開始していない自治体もありますので、事前に申請先自治体に確認をお願いいたします。

事前相談を実施している。

記載要領

1. 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。

事業所名称・所在地等を自動入力する

「※」は必須項目です。

申請者	
名称※	株式会社 神戸市役所
主たる事務所の所在地※	郵便番号: 650-8570 <input type="text"/> 住所自動入力
	都道府県: 兵庫県 <input type="text"/> 市区郡町村: 神戸市中央区 <input type="text"/> 町域: 加納町 <input type="text"/>
	番地以下: 6丁目5-1 <input type="text"/>
	建物名等: <input type="text"/>
代表者の職名※	代表取締役 <input type="text"/>
代表者の氏名※	姓: 神戸 <input type="text"/> 名: 太郎 <input type="text"/>

「※」は必須項目です。

介護保険事業所番号	
介護保険事業所番号※	2800000000 <input type="text"/>
指定内容を変更した事業所等	
名称※	ヘルパーステーション神戸市役所 <input type="text"/>
所在地※	郵便番号: 650-8570 <input type="text"/> 住所自動入力
	都道府県: 兵庫県 <input type="text"/> 市区郡町村: 神戸市中央区 <input type="text"/> 町域: 加納町 <input type="text"/>
	番地以下: 6丁目5-1 <input type="text"/>
	建物名等: <input type="text"/>
サービスの種類※	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション

- 短期入所生活介護(単独型)
- 短期入所生活介護(空床型・特養の併設型)
- 短期入所生活介護(空床型・特養以外の併設型)
- 短期入所療養介護
- 特定施設入居者生活介護
- 福祉用具貸与
- 特定福祉用具販売
- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 介護医療院
- 介護予防訪問入浴介護
- 介護予防訪問看護
- 介護予防訪問リハビリテーション
- 介護予防居宅療養管理指導
- 介護予防通所リハビリテーション
- 介護予防短期入所生活介護(単独型)
- 介護予防短期入所生活介護(空床型・特養の併設型)
- 介護予防短期入所生活介護(空床型・特養以外の併設型)
- 介護予防短期入所療養介護
- 介護予防特定施設入居者生活介護
- 介護予防福祉用具貸与
- 特定介護予防福祉用具販売

変更年月日※

西暦 2023 年 4 月 1 日

変更があった事項

変更があった事項(該当する事項を選択してください)※	<input type="checkbox"/>	事業所(施設)の名称	<input type="checkbox"/>	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所(介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。)
	<input checked="" type="checkbox"/>	事業所(施設)の所在地	<input type="checkbox"/>	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
	<input type="checkbox"/>	申請者の名称	<input type="checkbox"/>	運営規程
	<input checked="" type="checkbox"/>	主たる事務所の所在地	<input type="checkbox"/>	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関
	<input type="checkbox"/>	法人等の種類	<input type="checkbox"/>	事業所の種別
	<input type="checkbox"/>	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/>	提供する居宅療養管理指導の種類
	<input type="checkbox"/>	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)	<input type="checkbox"/>	事業実施形態(本施設が特別養護老人ホームの場合の空床型・併設型の別)
	<input type="checkbox"/>	共生型サービスの該当有無	<input type="checkbox"/>	利用者、入所者又は入院患者の定員
	<input type="checkbox"/>	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等	<input type="checkbox"/>	福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合にあっては、委託先の状況)
	<input type="checkbox"/>	備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業)	<input type="checkbox"/>	併設施設の状況等
<input type="checkbox"/>	利用者の推定数	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	

一時保存

次へ

戻る

全項目に入力できたら「次へ」を選択してください。

このサイトは電子申請届出システムのデモ用の環境となります。

- デモ用のログインアカウントは共有のものであり、複数のユーザが利用可能です。個人情報を含んだ入力を行わないようご注意ください。
- 登録した申請届出データは毎日24時に削除いたしますのでご注意ください。
- 申請時及び、受付時にメール送付はございません。
- デモ環境の仕様につきましてのお問い合わせは受け付けておりません。操作方法につきましては「ヘルプ」画面の操作マニュアルをご参照ください。

[メニュー](#) > 介護保険事業の変更届出

届出先選択 > 様式入力 > 法人情報の変更 > 付表入力 > 添付書類アップロード > 確認

介護保険事業の変更届出 居宅施設 **法人情報の変更** 法人の電話番号、FAX番号、メールアドレスを変更する場合、「法人情報の変更」の全項目に入力をしてください。

項目に色(「■(水色)」)が付いた箇所は変更前と変更後で入力値に差異があります。

【変更前】

● 変更前の法人情報の入力  
以下の法人情報について、変更前の内容を入力してください。

申請者			
フリガナ	カブシキガイシャコウベシヤクシヨ		
名称	株式会社 神戸市役所		
主たる事務所の所在地	郵便番号: 650-8570	住所自動入力	
	都道府県 兵庫県	市区郡町村 神戸市中央区	町域 加納町
	番地以下: 6丁目5-1		
	建物名等:		
連絡先	電話番号	078-123-4567 (内線)	FAX番号 078-123-4567
	Email	abcdefgh1234567@aaaaa.com	
法人等の種類	営利法人		
代表者の職名	代表取締役		
代表者のフリガナ	セイ: コウベ	メイ: タロウ	
代表者の氏名	姓: 神戸	名: 太郎	
代表者の生年月日	西暦 1960 年 1 月 1 日		
代表者の住所	郵便番号: 650-8570	住所自動入力	
	都道府県 兵庫県	市区郡町村 神戸市中央区	町域 加納町
	番地以下: 6丁目5-1		
	建物名等:		
登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る)			
登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る)			

変更前の法人の電話番号、FAX番号、メールアドレスを記入してください

変更前からコピーする

【変更後】

● 変更後の法人情報の入力  
以下の法人情報について、変更後の内容を入力してください。

申請者			
フリガナ	カブシキガイシャコウベシヤクシヨ		
名称	株式会社 神戸市役所		
主たる事務所の所在地	郵便番号: 650-8570	住所自動入力	
	都道府県 兵庫県	市区郡町村 神戸市中央区	町域 加納町
	番地以下: 6丁目5-1		
	建物名等:		
連絡先	電話番号	078-000-0000 (内線)	FAX番号 078-000-0000
	Email	aaaaaaaa1234567@bbbb.com	
法人等の種類	営利法人		
代表者の職名	代表取締役		
代表者のフリガナ	セイ: コウベ	メイ: タロウ	
代表者の氏名	姓: 神戸	名: 太郎	
代表者の生年月日	西暦 1960 年 1 月 1 日		
代表者の住所	郵便番号: 650-8570	住所自動入力	
	都道府県 兵庫県	市区郡町村 神戸市中央区	町域 加納町
	番地以下: 6丁目5-1		
	建物名等:		
登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る)			
登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る)	<div style="border: 1px solid gray; height: 100px; width: 100%;"></div>		

変更後の法人の電話番号、FAX番号、メールアドレスを記入してください  
(実際の画面では、変更のあった項目が青色でマークされます)

全項目に入力できたら「次へ」を選択してください。

このサイトは電子申請届出システムのデモ用の環境となります。

- デモ用のログインアカウントは共有のものであり、複数のユーザが利用可能です。個人情報を含んだ入力を行わないようご注意ください。
- 登録した申請届出データは毎日24時に削除いたしますのでご注意ください。
- 申請時及び、受付時にメール送付はございません。
- デモ環境の仕様につきましてのお問い合わせは受け付けておりません。操作方法につきましては「ヘルプ」画面の操作マニュアルをご参照ください。

メニュー > 介護保険事業の変更届出

届出先選択 > 様式入力 > 法人情報の変更 > 付表入力 > 添付書類アップロード > 確認

介護保険事業の変更届出 居宅施設 **付表1** 訪問介護事業所 事業所の電話番号、FAX番号、メールアドレスを変更する場合、「付表」の全項目に入力してください。

事業所名称・所在地等を自動入力する

付表情報を入力して下さい。

項目に色(「■(水色)」)が付いた箇所は変更前と変更後で入力値に差異があります。

【変更前】

● 変更前の付表1情報の入力

以下の付表1について、変更前の内容を入力してください。

事業所			
フリガナ	ヘルパーステーションコウベシヤクシヨ		
名称	ヘルパーステーション神戸市役所		
所在地	郵便番号: 650-8570	住所自動入力	
	都道府県	市区郡町村	町域
	兵庫県	神戸市中央区	加納町
	番地以下: 6丁目5-1		
建物名等:			
連絡先	電話番号	078-123-4567 (内線)	FAX番号 078-123-4567
	Email	abcdefgh1234567@aaaaa.com	

変更前の事業所の電話番号、FAX番号、メールアドレスを記入してください

管理者			
フリガナ	セイ: コウベ	メイ: タロウ	
氏名	姓: 神戸	名: 太郎	
生年月日	西暦 1960 年 1 月 1 日		
住所	郵便番号: 650-8570	住所自動入力	
	都道府県	市区郡町村	町域
	兵庫県	神戸市中央区	加納町
	番地以下: 6丁目5-1		
建物名等:			
訪問介護員等との業務の有無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との業務(業務の場合記入)	名称		
	兼務する職種		
	勤務時間等		

共生型サービスの該当有無	
共生型サービスの該当有無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無

○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	訪問介護員等	
	専従	兼務
常勤(人)	5	

○人員に関する基準の確認に必要な事項

非常勤(人)	<input type="text" value="6"/>	<input type="text"/>
常勤換算後の人数(人)	<input type="text" value="6.5"/>	<input type="text"/>
利用者の推定数(人)	<input type="text" value="30"/>	<input type="text"/>

サービス提供責任者 1

入力する

フリガナ	セイ: <input type="text"/>	メイ: <input type="text"/>	削除	
氏名	姓: <input type="text"/>	名: <input type="text"/>		
住所	郵便番号: <input type="text"/>	住所自動入力		
	都道府県 (選択して下さい) ▼	市区郡町村 (選択して下さい) ▼		町域 <input type="text"/>
	番地以下: <input type="text"/>			
	建物名等: <input type="text"/>			

サービス提供責任者 2

入力する

フリガナ	セイ: <input type="text"/>	メイ: <input type="text"/>	削除	
氏名	姓: <input type="text"/>	名: <input type="text"/>		
住所	郵便番号: <input type="text"/>	住所自動入力		
	都道府県 (選択して下さい) ▼	市区郡町村 (選択して下さい) ▼		町域 <input type="text"/>
	番地以下: <input type="text"/>			
	建物名等: <input type="text"/>			

サービス提供責任者追加

(訪問介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 1

入力する

フリガナ	<input type="text"/>			削除
名称	<input type="text"/>			
所在地	郵便番号: <input type="text"/>	住所自動入力		
	都道府県 (選択して下さい) ▼	市区郡町村 (選択して下さい) ▼	町域 <input type="text"/>	
	番地以下: <input type="text"/>			
	建物名等: <input type="text"/>			
連絡先	電話番号 <input type="text"/> (内線) <input type="text"/>	FAX番号 <input type="text"/>		
	Email <input type="text"/>			

事業所追加

変更前の内容(添付ファイル等)

変更前の内容(添付ファイル等)	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

変更前からコピーする

【変更後】

● 変更後の付表1情報の入力

以下の付表1について、変更後の内容を入力してください。

事業所			
フリガナ	ヘルパーステーションコウベシヤクシヨ		
名称	ヘルパーステーション神戸市役所		
所在地	郵便番号: 650-8570	住所自動入力	
	都道府県 兵庫県 ▼	市区郡町村 神戸市中央区 ▼	町域 加納町
	番地以下: 6丁目5-1		

事業所

変更後の事業所の電話番号、FAX番号、メールアドレスを記入してください  
(実際の画面では、変更のあった項目が青色でマークされます)

建物名等:				
連絡先	電話番号	078-000-0000 (内線)	FAX番号	078-000-0000
	Email	aaaaaaaa1234567@bbbb.com		

管理者

フリガナ	セイ: コウベ	メイ: タロウ	
氏名	姓: 神戸	名: 太郎	
生年月日	西暦 1960 年 1 月 1 日		
住所	郵便番号: 650-8570	住所自動入力	
	都道府県 兵庫県	市区郡町村 神戸市中央区	町域 加納町
	番地以下: 6丁目5-1		
	建物名等:		
訪問介護員等との兼務の有無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 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		
	兼務する職種		
	勤務時間等		

共生型サービスの該当有無

共生型サービスの該当有無  有  無

○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	訪問介護員等	
	専従	兼務
常勤(人)	5	
非常勤(人)	6	
常勤換算後の人数(人)	6.5	
利用者の推定数(人)	30	

サービス提供責任者 1  入力する

フリガナ	セイ:	メイ:		
氏名	姓:	名:		
住所	郵便番号:	住所自動入力	削除	
	都道府県 (選択して下さい)	市区郡町村 (選択して下さい)		町域
	番地以下:			
	建物名等:			

サービス提供責任者 2  入力する

フリガナ	セイ:	メイ:		
氏名	姓:	名:		
住所	郵便番号:	住所自動入力	削除	
	都道府県 (選択して下さい)	市区郡町村 (選択して下さい)		町域
	番地以下:			
	建物名等:			

サービス提供責任者追加

(訪問介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 1  入力する

フリガナ			
名称			
所在地	郵便番号:	住所自動入力	
	都道府県 (選択して下さい)	市区郡町村 (選択して下さい)	町域

	番地以下:	<input type="text"/>		
	建物名等:	<input type="text"/>		
連絡先	電話番号	<input type="text"/> (内線) <input type="text"/>	FAX番号	<input type="text"/>
	Email	<input type="text"/>		
<a href="#">事業所追加</a>				
変更後の内容(添付ファイル等)				
変更後の内容(添付ファイル等)	<input type="text"/>			

**入力完了**

一時保存

戻る

入力できたら「入力完了」を選択し、手順に従って提出をしてください。

Copyright © Ministry of Health, Labour and Welfare, All Right reserved.