

記載例

【A1: ショートステイ定員の減少】の場合

第3号様式

変更届出書

申請者(法人等)情報を記載します。
(事業所情報ではありません。ご注意ください)

令和 8 年 3 月 1 日

横浜市長 殿		所在地 神奈川県横浜市中区本町6-50-10 申請者 名称 社会福祉法人 港町介護サービス 代表者職名・氏名 理事長 港 市郎
--------	--	---

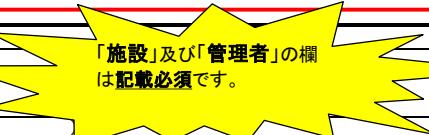
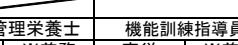
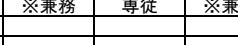
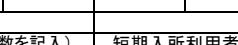
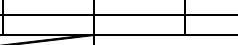
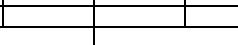
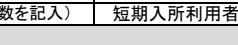
次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

事業所情報を記載します。 申請者(法人等)ではありません		介護保険事業所番号	1 4 7 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0																		
指定内容を変更した事業所等		法人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0																		
サービスの種類		名称	港町ホーム																		
変更年月日		所在地	横浜市中区本町6-50-10																		
変更があった事項(該当に○)		介護老人福祉施設、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護	令和 8 年 4 月 1 日																		
事業所(施設)の名称		(変更前)	変更の内容																		
<p>○介護保険事業所番号が異なる場合は変更届を分けて提出してください。</p> <p>例) 介護老人福祉施設 1部</p> <table border="1"> <tr> <td>代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名</td> <td rowspan="10">定員の増減 【老福】100名 【SS】20名</td> </tr> <tr> <td>登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)</td> </tr> <tr> <td>事業所(施設)の建物の構造及び専用区画等</td> </tr> <tr> <td>備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業)</td> </tr> <tr> <td>利用者の推定数</td> </tr> <tr> <td>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。)</td> </tr> <tr> <td>サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴</td> </tr> <tr> <td>運営規程</td> </tr> <tr> <td>協力医療機関・協力歯科医療機関</td> </tr> <tr> <td>事業所の種別</td> </tr> <tr> <td>提供する居宅療養管理指導の種類</td> </tr> <tr> <td>事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の 空床利用型・併設事業所型の別)</td> <td>定員の増減 【老福】110名 【SS】10名 定員の増減に伴うレイアウト変更</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/> 利用者、入所者又は入院患者の定員</td> </tr> <tr> <td>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)</td> </tr> <tr> <td>併設施設の状況等</td> </tr> <tr> <td>介護支援専門員の氏名及びその登録番号</td> </tr> </table>				代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名	定員の増減 【老福】100名 【SS】20名	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)	事業所(施設)の建物の構造及び専用区画等	備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業)	利用者の推定数	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。)	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	運営規程	協力医療機関・協力歯科医療機関	事業所の種別	提供する居宅療養管理指導の種類	事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の 空床利用型・併設事業所型の別)	定員の増減 【老福】110名 【SS】10名 定員の増減に伴うレイアウト変更	<input checked="" type="radio"/> 利用者、入所者又は入院患者の定員	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)	併設施設の状況等	介護支援専門員の氏名及びその登録番号
代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名	定員の増減 【老福】100名 【SS】20名																				
登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)																					
事業所(施設)の建物の構造及び専用区画等																					
備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業)																					
利用者の推定数																					
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。)																					
サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴																					
運営規程																					
協力医療機関・協力歯科医療機関																					
事業所の種別																					
提供する居宅療養管理指導の種類																					
事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の 空床利用型・併設事業所型の別)	定員の増減 【老福】110名 【SS】10名 定員の増減に伴うレイアウト変更																				
<input checked="" type="radio"/> 利用者、入所者又は入院患者の定員																					
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)																					
併設施設の状況等																					
介護支援専門員の氏名及びその登録番号																					

備考 1 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください

- 2 「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。
なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

付表第一号(十五) 介護老人福祉施設の指定等に係る記載事項

施設	法人番号	00000000000000			 <p>「施設」及び「管理者」の欄 は記載必須です。</p>							
	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム ミナトマチホーム										
	名称	特別養護老人ホーム 港町ホーム										
	所在地	(郵便番号	231	—			0005	都道府県	横浜	市 町 村	中区本町6-50-10	
管理者	連絡先	電話番号	045-XXX-0000		(内線)	0000	FAX番号	045-XXX-0000				
		Email	XXX-0000@xxxx.xx.jp		<p>住所 (郵便番号 231 — 0000) 横浜市中区本町△-〇〇 本町アパート000号室</p> <p>兼務する職種及び勤務時間等 を記載します。 兼務の場合は必ず記載して下 さい。 併設する短期入所の場合も記 載します。</p>							
	フリガナ	ヨコハマ コウレイ										
	氏名	横浜 高齢										
	生年月日	1980年10月1日										
当該施設で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)												
他の事業所、施設等の職務との兼 務(兼務の場合のみ記入)		兼務先の名称、所在地	特別養護老人ホーム 港町ホー ム			(介護予防)短期入所生活介護 管理者						
兼務先のサービス種別、兼務する職種 及び勤務時間等		週5日10時間勤務			「併設型」にチェックを入力。							
「有」にチェックを入力。												
短期入所生活介護の有無			<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	事業の実施形態		<input type="checkbox"/> 空床型	<input checked="" type="checkbox"/> 併設型				
協力医療 機関	名称		主な診療科名									
	名称		主な診療科名									
	名称		主な診療科名									
	名称		主な診療科名									
介護形式(いずれか一方を選択)					<input checked="" type="checkbox"/> 従来型	<input type="checkbox"/> ユニット型						
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
サービス 提供 単位 1	従業者の職種・員数			医師		介護職員		看護職員				
	介護老人福祉施設及び 短期入所生活介護従事人数			専従	 該当する方にチェックを入力。	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
	常勤			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	非常勤			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	常勤換算後の人数(人)											
	介護老人福祉施設及び 短期入所生活介護従事人数			専従	 該当する方にチェックを入力。	※兼務	専従	 該当する方にチェックを入力。	※兼務	専従	 該当する方にチェックを入力。	※兼務
	常勤			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	非常勤			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	常勤換算後の人数(人)											
	入所者数			人(推定数を記入)		短期入所利用者数		人(推定数を記入)				
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
サービス 提供 単位 2	基準の確認に必要な事項を記載します。 人員配置については必ず記載してください					介護老人福祉施設					短期入所生活介護	
	居室	1室あたりの最大定員	人	人	室利用者	人	人	人	人	人		
	食堂と機能訓練室の合計面積		㎡	㎡		㎡	㎡		㎡	㎡		
	廊下	片廊下の幅	m	m	下	中廊下の幅	m	m		m	m	
	建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物	<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	<input type="checkbox"/> その他							
	入所定員		人									
	介護形式(いずれか一方を選択)					<input type="checkbox"/> 従来型	<input type="checkbox"/> ユニット型					
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	サービス 提供 単位 2	従業者の職種・員数			医師		生活相談員		介護職員		看護職員	
		介護老人福祉施設及び 短期入所生活介護従事人数			専従	 該当する方にチェックを入力。	※兼務	専従	 該当する方にチェックを入力。	※兼務	専従	 該当する方にチェックを入力。
常勤			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
非常勤			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
常勤換算後の人数(人)												
介護老人福祉施設及び 短期入所生活介護従事人数			専従	 該当する方にチェックを入力。	※兼務	専従	 該当する方にチェックを入力。	※兼務	専従	 該当する方にチェックを入力。	※兼務	
常勤			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
非常勤			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
常勤換算後の人数(人)												
入所者数			人(推定数を記入)		短期入所利用者数		人(推定数を記入)					
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
介護老人福祉施設					短期入所生活介護							
居室	1室あたりの最大定員	人	人	室利用者	人	人	人	人	人			
食堂	1室あたりの最小床面積	㎡	㎡	廊下	片廊下の幅	m	m	下	中廊下の幅	m		
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物	<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	<input type="checkbox"/> その他								
入所定員		人										
添付書類		別添のとおり										

- 備考
- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。
 - 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の設備に関する基準の確認に必要な事項欄については、記載を要しません。
 - 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 - 従業者の職種・員数の「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う従業者について記載してください。
 - 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に關し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。

老人ホーム事業変更届出書

令和8年3月1日

(届出先)

横浜市長

所在地 ○○市○区××町△△一〇
名称 社会福祉法人 ○○
代表者 理事長 ○○ ○○

次のとおり老人ホームの事業を変更するので、届け出ます。

施設の名称及び所在地	横浜ホーム 横浜市○区××町△△一〇
変更する事項	定員の増 100名 ⇒ 110名 定員増に伴うレイアウト変更
変更予定期日	令和8年4月1日
変更する理由	ショートステイ床の本入所転換のため

(A4)

老人ホーム廃止(休止・事業変更)申請書

令和8年3月1日

(申請先)

横浜市長

所在地 ○○市○区××町△△一○
名称 社会福祉法人 ○○
代表者 理事長 ○○ ○○

次のとおり老人ホームを廃止(休止・事業変更)したいので、申請します。

廃止(休止・事業変更)しようとする 年 月 日	令和8年4月1日
廃止(休止・事業変更)の理由	ショートステイ床の本入所転換のため
現に入所している者に対する措置	特になし
休止の場合の予定期間	年 月 日から 年 月 日まで
事業変更の場合の変更する事項	定員の増 100名 ⇒ 110名 定員増に伴うレイアウト変更

(A4)

第29号様式の5(第12条第2項)

老人居宅生活支援事業変更届出書

令和8年3月1日

(届出先)

横浜市長

住 所 ○○市○区××町△△-○

氏 名 社会福祉法人 ○○

理事長 ○○ ○○

(法人その他の団体にあっては、
所在地、名称及び代表者の氏名)

次の事項について変更したので、届け出ます。

事業の種類及び内容		老人短期入所事業
事業所名		横浜ホーム
変更した 事項	変更前	定員 20名
	変更後	定員 10名 定員の減に伴うレイアウト変更
変更した年月日		令和8年4月1日

(A4)

老人デイサービスセンター等変更届出書

令和8年3月1日

(届出先)

横浜市長

住 所 ○○市○区××町△△一○

氏 名 社会福祉法人 ○○

理事長 ○○ ○○

(法人その他の団体にあっては、
所在地、名称及び代表者の氏名)

次の事項について変更したので、届け出ます。

施設の名称、種類 及び所在地	横浜ホーム、老人短期入所事業 横浜市○区××町△△一○	
変更した 事項	変更前	定員 20名
	変更後	定員 10名 定員の減に伴うレイアウト変更
変更した年月日		令和8年4月1日

(A4)