

令和 2 年 2 月 1 2 日

地域密着型（介護予防）サービス事業者代表者 様
介護予防支援事業者代表者 様
介護予防・日常生活支援総合事業者代表者 様
基準該当サービス事業者代表者 様
居宅介護支援事業者代表者 様

日立市長 小 川 春 樹
(介護保険課扱い)

資格要件が必須でない職員（管理者を除く）の変更届出等について（依頼）

時下、貴職におかれましては、ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。

日頃から、当市介護保険事業の円滑な推進に種々御理解、御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記については、指定基準を満たしている場合に限り、例外的な取扱いとして、資格要件が必須でない職員（管理者を除く。）の変更については、1 年間の変更内容をまとめて提出すればよいこととしています。

つきましては、令和 2 年 4 月 1 日現在において、以前提出していただいた人員体制等に変更がある事業所は、下記 1 に記載する書類を提出してください。

なお、変更がない事業所については、「従業員の職種、員数及び職務内容」の変更の確認について（別添様式）に所定の事項を記入の上、提出してください。

また、その他の指定内容の届出等に変更が生じた場合についても、変更のあった時点で速やかに届け出くださるよう、併せてお願い申し上げます。

記

1 提出書類

- (1) 変更届出書（「変更前」、「変更後」の欄には、それぞれその内容を記載してください。）
- (2) 添付書類
 - ア 付表
 - イ 変更前・後の従業員の氏名が分かる書類（(1)の変更届出書に記載がある場合には不要）
 - ウ 勤務形態一覧表
 - エ 雇用関係を証する書類
 - オ 運営規程及び重要事項説明書等の改正が必要な場合には、改正後のもの（新旧対照表でも可）

2 提出期限 令和 2 年 4 月 1 0 日（金）

3 提出先・問合せ先

日立市介護保険課（担当 島崎・小林）
〒317-8601 日立市助川町 1-1-1
TEL 0294-22-3111 内線 483
FAX 0294-24-2281

以 上

【日立市介護保険課行き】

FAX 0294-24-2281

令和2年 月 日

日立市長 殿

法人名	
事業所名	
担当者名	
連絡先 電話番号	

「従業者の職種、員数及び職務内容」の変更の確認について

平成31年4月2日から令和2年4月1日現在における「従業者の職種、員数及び職務内容」について、

(該当する下記の項目欄に○を付けてください。)

	変更はありませんでした。
	変更はありましたが、すでに届出は済んでいます。

以上