指定介護予防・生活支援サービス事業所（指定更新）申請に必要な書類一覧（チェックリスト）

【訪問型サービス】

申請（開設）者名：　　　　　　　　　　　　　　　事業所名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 提　出　書　類 | 様　式　等 | チェック項目 |
| □ | １　指定介護予防・生活支援サービス事業所（指定・指定更新）申請書 | 様式第１号 | □　申請（開設）者名称、代表者職氏名・住所が登記簿謄本と一致しているか  □　実施事業、事業開始予定年月日等が正しく記入されているか  □　事業所名称、所在地、電話番号が付表１、運営規定と一致しているか  □　記入担当者名が記入されているか |
| □ | ２　指定介護予防・生活支援サービス事業所（指定・指定更新）に係る記載事項（訪問型サービス） | 付表１ | □　事業所の名称、所在地が申請書、運営規定その他添付書類と一致しているか。  □　介護予防・日常生活支援総合事業第１号訪問事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条項を記載しているか  □　管理者及びサービス提供責任者の氏名、住所が経歴書と一致しているか  □　管理者が兼務する場合の記入をしているか  □　訪問介護員等の勤務形態ごとの人数が、勤務形態一覧表、運営規程と一致しているか  □　訪問介護員等の常勤換算数が勤務体制表と一致しているか  □　祝日の営業の有無、その他の年間の休日を含めて、営業日は運営規定と一致しているか  □　営業時間は運営規程と一致しているか、サービス提供時間を記載しているか  □　通常の事業の実施地域が運営規程と一致しているか |
| □ | ３　介護保険法第１１５条の４５の５第２項の規定に該当しない旨の誓約書、役員等名簿及び誓約書（暴力団排除）、役員等名簿 | 別紙 | □　偽りなく記載されているか  □　法人所在地及び名称、代表者の職・氏名を記載し、法人代表印が押印されているか  □　全ての役員等について記載されているか。押印されているか。（当該事業所の管理者も含められているか）  □　誓約書の日付が記載されているか  □　誓約書欄と別記部分とが両面コピーされているか  ・　誓約書を他事業所申請の際に提出済みの場合は、事業所番号を記した誓約書の写しを添付してください。  　　ただし、管理者分や役員改選後に新たに追加した役員分の誓約書は別途提出してください。 |
| □ | ４　法人登記簿謄本（履歴事項全部証明書） |  | □　申請事業を実施する旨の記載があるか（変更される場合は、事前に高齢者介護課に確認してください。）  □　社会福祉法人、医療法人、ＮＰＯ法人等で、事業目的未登記の場合は、定款変更認可書が添付されているか |
| □ | ５　従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表  （更新申請書提出直近の給料支給月分）  （例：７月末提出の場合、６月分） | 参考様式１ | ・　管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数（４週間分）を記載  ・　職種は、管理者・サービス提供責任者・訪問介護員・その他（事務員等）に区分して記載  ・　常勤換算は、管理者・その他（事務員等）を除き、サービス提供責任者を含む訪問介護員等の勤務延時間数により換算する  ・　記入例を参考に作成してください  □　管理者は常勤か  □　訪問介護員等の数が基準を満たしているか  ・　管理者を除き、常勤換算方法で２．５名以上  □　サービス提供責任者が基準を満たしているか  ・　常勤かつ専従（当該訪問介護事業所の管理者との兼務を除く。）  ・　介護職員基礎研修、介護職員実務者研修、訪問介護員養成研修１級課程修了者もしくは介護福祉士、看護師、准看護師の資格を有しているか  ・　訪問介護員養成研修２級課程終了者又は初任者研修修了者をサービス提供責任者とする場合（※　暫定的な取扱であり、極力避けること。減算対象となる。）  □　実務経験３年以上を有することの証明書を添付しているか  □　次の①、②を記載した理由を添付しているか  　①　介護福祉士又は訪問介護員養成研修１級課程修了者等を配置できない理由  　②　サービス提供責任者の介護福祉士資格取得又は介護職員基礎研修、介護職員実務者研修、訪問介護員養成研修１級課程修了見込み  【サービス提供責任者配置基準緩和（利用者５０人に１人以上）】を適用する場合  □　常勤のサービス提供責任者を３人以上配置しているか  □　訪問介護員として行ったサービス提供時間が月３０時間以内であるサービス提供責任者を１人以上配置しているか  □　サービス提供責任者が行う業務の省力化・効率化が図られているか  　（例）・業務支援ソフトを活用したシフト管理  　　　 ・タブレット端末等を活用した利用者情報の職員間の情報共有  　　　 ・利用者に対する複数のサービス提供責任者による共同対応体制の構築 |
| □ | ６　組織体制図 |  | □　同一法人において当該訪問型サービス事業所以外に介護保険事業を実施している場合に、組織体制図が添付されているか  □　同一場所における全ての事業について作成し、従業者の氏名が記入されているか（兼務関係が明確にわかるか） |
| □ | ７　管理者経歴書 | 参考様式２ | □　氏名、住所、電話番号、生年月日、主な職歴等が正確に記入されているか  ・介護関係の職歴については、開設法人名及び事業所名を記載のこと  □　申請時までの経歴が省略なく記載されているか  ・記入例を参照してください。 |
| □ | ８　サービス提供責任者経歴書（初任者研修修了者及び２級ヘルパーの場合のみ） | 参考様式２ | □　氏名、住所、電話番号、生年月日、主な職歴等が正確に記入されているか  ・介護関係の職歴については、開設法人名及び事業所名を記載のこと  □　申請時までの経歴が省略なく記載されているか  ・記入例を参照してください。 |
| □ | ９　資格証の写し等  （原本証明、Ａ４より大きいサイズのものはＡ４サイズに縮小コピーしてください。）  ※証明書は原本が必要 |  | □　訪問介護員の資格を証するもの（看護師・准看護師免許証、介護福祉士登録証、訪問介護員養成研修終了証等）の写しを添付しているか  　（注）介護福祉士国家試験合格証書は不可  □　従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表に記載した氏名の順に並べて添付しているか |
| □ | 10　雇用契約書の写し又は雇用（予定）証明書 | 参考様式３ | □　雇用契約書の写しを添付しているか  □　雇用（予定）証明書の場合、下記の記載がされているか  □　開設（申請）者の押印はあるか  □　「従事すべき業務の範囲」には、すべての業務を記入しているか  □　従業（予定）者の住所・氏名は自筆署名か  □　従業（予定）者の押印はあるか  □　管理者及び配置を要する全職員の分が揃っているか |
| □ | 11　事業所（施設）の平面図 | 参考様式４ | □　当該事業に使用する箇所（事務室、相談室、手指洗浄設備としての洗面所等）及び備品の配置がわかるように作成しているか  □　当該事業専用区画を有しているか  □　事業所内部の備品配置等、レイアウトが示されているか  □　複合施設（住居兼用を含む。）の場合は、当該事業所専用部分を表示した、施設全体の平面図を提出すること |
| □ | 12　事業所の写真 |  | □　次の写真が添付されているか  　　□　事業所の外観（建物）  　　□　事務室内部  　　□　手指洗浄設備  □　写真はＡ４台紙に貼付、又はＡ４サイズの用紙に印刷されているか（白黒コピー不可）  □　上記平面図に撮影位置・方向が明示されているか |
| □ | 13　案内図（近隣見取り図） |  | □　鉄道駅、小学校等目標となる所から事業所までの案内図が添付されているか  □　事業所の設置予定地は市街化調整区域ではないか |
| □ | 14　運営規程 |  | □　以下の内容が具体的に記載されているか  　　□　事業の目的及び運営の方針  　　□　従業者の職種、員数及び職務内容  　　□　営業日及び営業時間  　　□　訪問型サービスの提供方法、内容及び利用料その他の費用の額  　　□　通常の事業の実施地域  　　□　緊急時等における対応方法  　　□　その他運営に関する重要事項  □　営業時間については、事業所を開けている時間帯と  訪問型サービス対応が可能な時間帯の両方を記載  しているか  □　利用料金については、利用者に説明するための利用  料金表が添付されているか |
| □ | 15　利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | 参考様式５ | □　次の事項について、具体的に記載しているか  　　□　利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口・担当者の設置（担当者名や連絡先）  　　□　円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順  　　□　その他参考事項  　　□　嘉麻市（保険者）、国民健康保険団体連合会等、公的機関の相談窓口  ・記入例を参照してください。 |
| □ | 16　事業計画書、収支予算書（指定更新の場合は、決算書で構いません。） |  | □　事業開始予定日から１年間（月毎）の当該事業に関する収支予算書が作成されているか  □　収入金額（介護報酬）の算出根拠が明確に示されているか  □　支出金額（人件費）の算出根拠が明確に示されているか |
| □ | 17　損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類 | （原本証明） | □　損害賠償保険証書の写し（手続き中の場合は、申込書及び領収書の写し）が添付されているか |
| □ | 18　建物に係る証明書類 |  | □　自己所有の事業所の場合、建物の登記簿の写しが添付されているか  □　事業所を借りている場合は、賃貸借契約書等の写しが添付されているか |
| □ | 19　介護予防・生活支援サービス事業費算定に係る体制等に関する届出書 |  | □　介護予防・生活支援サービス事業費算定に係る体制等に関する届出書は提出しているか |
| □ | 20　チェックリスト | 当該様式 | □　すべての項目と申請書類をチェックしてチェックを入れたか |

※　指定訪問型サービスにおいて訪問業務に従事可能な資格者証は以下のとおりです。

　・介護福祉士登録証（介護福祉士試験合格証書は不可）

　・介護職員基礎研修の修了証書

　・介護職員実務者研修の修了証書

　・訪問介護員の修了証書で以下の記載があるもの

　　介護保険法施行令の規定に基づく、厚生省の定める訪問介護員（又は、ホームヘルパー）養成研修

　・看護師免許証、准看護師免許証：共に、１級課程終了に相当する取扱い

　・家庭奉仕員講習会の修了証書：１級課程終了に相当する取扱い

　　（都道府県、（財）長寿社会開発センターによるもの。）

**※書類の提出前に「介護予防・生活支援サービス事業所（指定・指定更新）申請に必要な書類一覧（チェックリスト）」により漏れがないか確認の上、ご提出ください。**

なお、このチェックリスト記載の添付書類は必要最小限の書類であり、審査により追加書類の提出を求めることがあります。