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）

【通所型サービス】

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（※更新期限の翌日の日付を記入してください）□　事業所名称、所在地、電話番号が付表２、運営規程と一致しているか□　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（通所型サービス） | 付表２ | □　管理者氏名、生年月日、住所が管理者の経歴書と一致しているか□　介護予防・日常生活支援総合事業第１号通所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□　管理者が兼務する場合の記入をしているか□　食堂及び機能訓練室の合計面積が基準（３㎡×利用定員以上）を満たし、かつ、平面図の求積表と一致しているか□　単位別従業者欄、勤務体制一覧表、運営規程の従業者数が一致しているか□　下記の項目が運営規定と一致しているか　　□　利用定員　　□　営業日、営業時間　　□　サービス提供時間　　□　その他の年間の休日　　□　通常事業の実施地域 |
| □ | 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 | □　管理者は常勤か□　複数単位で行う場合は、単位ごとに作成しているか【利用定員が１０名を超える場合】□　生活相談員・介護職員を営業日ごとにサービス提供時間を通じて専ら配置しているか□　看護職員を単位ごとに専ら１以上配置しているか・　看護職員を病院等との連携により確保している場合　は、契約書等を添付すること□　介護職員の数が基準を満たしているか　　営業日ごとに、当該通所型サービスを提供する時間帯に介護職員が勤務している時間数の合計数を、当該通所型サービスを提供する時間数（「提供単位時間数」）で除して得た数が利用者数に対応した所要数以上確保されているか（例）　利用定員11～15名→１以上　　　　利用定員16～20名→２以上□　機能訓練指導員を配置しているか□　生活相談員又は介護職員のうち１人以上が常勤か【利用定員が１０名以下の場合】□　生活相談員を営業日ごとにサービス提供時間を通じて専ら配置しているか□　介護職員又は看護職員を営業日ごとにサービス提供時間を通じて専ら配置しているか　　営業日ごとに、当該指定通所介護及び通所型サービス事業を提供している時間帯に看護職員又は介護職員が勤務している時間数の合計数を提供単位時間数で除して得た数が１以上か□　機能訓練指導員を配置しているか□　生活相談員又は介護職員又は看護職員が常勤か |
| □ | ６　組織体制図 |  | □　同一法人において当該通所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　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 |  | □　生活相談員は下記の資格証のうちいずれかを添付しているか　　□　社会福祉士登録証の写し　　□　精神保健福祉士登録証の写し　　□　社会福祉主事資格取得証明書　　□　介護福祉士登録証の写し　　□　介護支援専門員証の写し　　□　上記以外の場合、医療機関や社会福祉施設での相談業務の経験を記載した経歴書□　看護職員は看護師（准看護師）の免許証の写しを添付しているか□　機能訓練指導員は下記の資格証の写しのうちいずれかを添付しているか　　□　理学療法士　　□　作業療法士　　□　言語聴覚士　　□　看護師（准看護師）　　□　柔道整復師　　□　あん摩マッサージ指圧師□　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 |
| □ | ９　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 |
| □ | 10　事業所（施設）の平面図 | 参考様式４ | □　当該事業で使用する箇所（食堂、機能訓練室、静養室、相談室、事務室等）及び備品の配置、各部屋の面積がわかるように作成しているか□　寸法は内寸で記入され、食堂及び機能訓練室については、面積算出根拠が分かるよう、計算式（小数点第３位切り捨てて合算）を記入した求積図が添付しているか□　相談室がプライバシー保護に配慮した構造になっているか□　静養室、相談室が２階にないか（エレベーター等で対応しておれば可）□　建物全体の図面を添付しているか□　写真の撮影方向を明示しているか |
| □ | 11　事業所の写真 |  | □　下記の写真を添付しているか　　□　事業所の外観　　□　玄関（入口）付近　　□　事務室　　□　相談室　　□　静養室　　□　食堂及び機能訓練室　　□　調理室　　□　浴室　　□　脱衣場　　□　トイレ　　□　洗面設備□　写真はＡ４台紙に貼付しているか（デジカメデータのレイアウト印刷も可） |
| □ | 12　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（パンフレット等を作成している場合はそれを添付） |
| □ | 13　運営規程 |  | □　以下の内容を具体的に記載しているか　　□　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　　　　□　サービス提供時間　　　　□　その他の年間の休日　　　　□　延長時間（時間延長する場合）　　□　通所型サービスの利用定員　　□　通所型サービスの内容及び利用料その他の費用の額　　　　□　利用料金表　　　　□　通常事業実施地域以外の地域の送迎費　　　　□　食事の提供に要する費用　　　　□　日常生活費　　□　通常の事業の実施地域　　□　サービス利用に当たっての留意事項　　□　緊急時等における対応方法　　□　非常災害対策　　□　職員研修等の内容　　□　従業者の守秘義務 |
| □ | 14　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。 |
| □ | 15　送迎車両 |  | □　送迎車両の写真・車検証の写し・任意保険証の写しを添付しているか□　送迎車両の写真は、車のナンバーが確認できるものを添付しているか |
| □ | 16　収支予算書（指定更新の場合は、決算書でも可） |  | □　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 |
| □ | 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　建築検査済証（建築物）の写し |  | □　建築基準法における検査済証（建築物）が添付されているか |
| □ | 20　直近の消防署の立入検査（査察）結果の写し及び直近の消防用設備等点検結果報告書の写し（消防署の受付印があるもの） |  | □　消防法における消防署の立入検査（査察）結果の写し（直近のもの）が添付されているか　但し、消防署の立入検査の結果、指摘事項がない等で立入検査結果を文書にて受けていない場合は、その旨の申立書（任意様式）で可。□　消防用設備等点検結果報告書の写し（直近のもの）が添付されているか |
| □ | 21　建築検査済証（昇降機（エレベーター））の写し |  | □　建築基準法における検査済証（昇降機（エレベーター））（直近のもの）が添付されているか |
| □ | 22　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 |  | □　実施事業、指定年月日を記入しているか□　運営規程、利用料金表、勤務体制表等、指定更新申請書添付書類と整合しているか |
| □ | 23　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 |

**※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。**