大牟田市介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防通所介護相当サービスの指定（更新）申請に係る添付書類一覧

　申請（開設）者名　　　　　　　　　　　　　事業所名

| ﾁｪｯｸ | 提出書類 | 様式等 | チェック項目 |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | 指定（更新）申請書 | 様式第１号（新規）  様式第２号（更新） | □　申請者名称、代表者職氏名、住所が登記簿謄本と一致しているか  □　事業所名称、所在地が運営規程と一致しているか  ※　以前と内容が変わった場合は、変更届出書の提出が必要。 |
| □ | 付表（指定（更新）に係る記載事項） | 付表２－１ | ※　以前と内容が変わった場合は、変更届出書の提出が必要。 |
| □ | 法人登記簿謄本  （**登記事項証明書の場合は、**履歴事項証明書とすること） |  | □　**登記事項証明書の目的に当該事業が記載されているか（例：介護保険法に基づく第１号通所事業、介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業）**  ※　直近（６か月以内）の変更届から変更がない場合、既提出分の写しで可。その場合、直近の変更届出年月日を余白に記入。 |
| □ | 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 | 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表  （加算別紙） | □　加算の要件は満たしているか  ※　変更がある場合は、介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書の提出が必要。 |
| □ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表  （申請書提出月）  （新規の場合は予定） | 参考様式１ | □　職種は、管理者・生活相談員・看護職員・介護職員・機能訓練指導員・その他（事務員等）に区分して記載しているか  □　管理者は常勤か  □　管理者が兼務する場合の記入をしているか  □　介護従事者の数が基準を満たしているか |
| □ | 生活相談員の経歴書  ※社会福祉士、精神保健福祉士、社会福祉主事以外の場合のみ提出 | 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載されているか  □　申請時までの経歴が省略無く記載されているか  □　利用者に対し、適切な相談、援助等を行い得る経験や実績を有しているか |
| □ | 資格証の写し |  | □　従業者の資格証・登録証の写しが添付されているか  □　資格者証の写しは、Ａ４サイズに印刷しているか  □　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いるか  【生活相談員】  □　生活相談員は下記の資格証等のうちいずれかが添付されているか  □　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  □　医療機関や社会福祉施設等での業務経験が記載された経歴書（生活相談員経歴書）  【看護職員】  □　看護職員（看護師又は准看護師）の免許証の写しが添付されているか  【機能訓練指導員】  □　機能訓練指導員に必要な資格（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師のいずれか）の写しが添付されているか |
| □ | 事業所の平面図 | 参考様式３  ※指定地域密着型通所介護事業所は不要 | □　建物を含めた敷地全体図が添付されているか  □　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されているか |
| □ | 事業所の写真 | ※指定地域密着型通所介護事業所は不要 | □　次の写真が添付されているか  　□　事業所の外観（建物）  　□　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） |
| □ | 設備等一覧表 | 参考様式４  ※指定地域密着型通所介護事業所は不要 | □　設備基準上配慮すべき設備の内容について実態に即して記入されているか |
| □ | 直近の消防署の立入検査（査察）結果の写し | ※指定地域密着型通所介護事業所は不要 | □　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。 |
| □ | 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  　　　　□　サービス提供時間  　　　　□　その他の年間の休日  □　サービスの提供方法、内容及び利用料その他費用の額  　　□　利用料金表  　　□　食事の提供に要する費用  　　□　おむつ代  　　□　日常生活費  □　通常の事業の実施地域  □　緊急時等における対応方法  □　非常災害対策  □　苦情処理  □　虐待防止に関する事項  □　その他運営に関する重要事項  □　職員研修等の内容  □　ハラスメント対策  □　従業者の守秘義務  □　記録の整備 |
| □ | 重要事項説明書及び契約書の様式 |  | □　運営規程の内容と整合しているか  　　□　営業日・営業時間・サービス提供時間  　　□　従業者の職種・員数  □　苦情相談窓口（大牟田市）は以下の記載となっているか  　　□　名称：大牟田市福祉課介護保険担当  　　□　電話：0944-41-2683  　　□　時間：8：30～17：15 |
| □ | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要  （重要事項説明書の該当頁写し又は掲示物の該当部分写しでも可） | 参考様式５ | □　常設の窓口を設けているか  □　事業所のスタッフから担当者を選任しているか  □　処理体制や手順が適切か |
| □ | 誓約書（介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しないこと）  及び  誓約書（大牟田市暴力団排除条例関係） | 参考様式６（介護保険法）  誓約書（暴力団排除） | □　法人所在地及び名称、代表者の職氏名が記載されているか  □　全ての役員等について記載されているか  （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 |
| □ | 損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類 | ※指定地域密着型通所介護事業所は不要 | □　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  ※　申請日時点で有効なものを添付 |
| □ | パンフレット |  | □　事業所で制作したパンフレット等がある場合は、１部添付してください |
| □ | チェックリスト | 当該様式 | □　すべての項目と申請書類を確認し、チェックを入れたか |

＊書類の提出前に漏れがないか確認の上、ご提出ください。

＊このほかに、必要に応じ書類を求めることがあります。

＊参考様式となっているものについては、内容が分かるものであれば任意様式でも構いません。