大牟田市介護予防・日常生活支援総合事業

基準緩和型通所サービスの指定（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２－２ | ※　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。 |
| □ | 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 | □　管理者を配置しているか□　従事者を必要数配置しているか |
| □ | 事業所の平面図 | 参考様式３ | □　建物を含めた敷地全体図が添付されているか |
| □ | 直近の消防署の立入検査（査察）結果の写し | ※地域交流施設は不要 | □　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□　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 |
| □ | 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 |
| □ | パンフレット |  | □　事業所で制作したパンフレット等があれば、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。