介護予防通所介護相当サービス　指定更新申請　提出確認票

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開始（指定）予定日 | 令和　　年　　月　　日 | | 事業所名 |  | | |
| 申請担当者職・氏名 |  | | | | | |
| 申請に関する連絡先 | ＴＥＬ |  | | | ＦＡＸ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 書類 | 説明 | 申請者  確　認 | 担当者確認 |
| 令和　　．　　． |
| １指定申請書  （様式第１号）  指定更新申請書  （様式第３号） | ・法人の所在地・名称、代表者の職名・氏名  ・新規指定申請の場合は、様式第１号。  ・指定更新申請の場合は、様式第３号。 | □  □  □ | □  □  □ |
| ２付表２－１ |  | □ | □ |
| ３申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 | １．当該事業を実施する旨の記載のある定款・寄付行為  ２．当該事業を実施する旨の記載のある履歴事項全部証明書（原本、発行から３月以内）  ３．認可法人にあっては、法人設立認可証の写  ４．条例にあっては、公報の写 | □  □  □  □ | □  □  □  □ |
| ４従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表  （参考様式１） | １．管理者及び従業者全員の毎日の勤務すべき時間数（４週間分。確保した従業者のみ記載。）  　＊単位ごとに作成  【単位ごとに、利用定員１１人以上の場合】  ア．管理者［常勤・専従］‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥  イ．生活相談員◇  ［提供時間数に応じて、専従１以上］‥‥‥  ウ．看護職員◇［単位ごとに、専従１以上］‥‥  エ．介護職員  ［単位ごとに、提供時間数に応じて、  　利用者１５人まで１以上、１５人を超える場合は１５人を超える部分の利用者の数を５で除して得た数に１を加えた数以上］‥  ○生活相談員又は介護職員［うち常勤１以上］‥  ○介護職員［常時１以上］‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥  オ．機能訓練指導員◇［１以上］‥‥‥‥‥‥‥  カ．その他の従業者‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥  【単位ごとに、利用定員１０人以下の場合】  ア．管理者［常勤・専従］‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥  イ．生活相談員◇  ［提供時間数に応じて、専従１以上］‥‥‥  ウ．介護職員又は看護職員◇  ［単位ごとに、提供時間数に応じて、専従かつ常時１以上］‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥  ○生活相談員、介護職員又は看護職員  ［うち常勤１以上］‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥  エ．機能訓練指導員◇［１以上］‥‥‥‥‥‥‥  オ．その他の従業者‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥  ２．資格等が必要な職種（◇印）は、該当資格の証明書類等を、氏名を記載した順にそろえて添付  ◇生活相談員：社会福祉主事の任用資格を有することを証明する証、社会福祉士登録証・精神保健福祉士登録証の写、介護福祉士登録証の写、  　同等以上の能力を有することの証明等６参照  ◇看護職員：看護師免許証・准看護師免許証の写  ◇機能訓練指導員：理学療法士免許証・作業療法士免許証・言語聴覚士免許証・看護師免許証・准看護師免許証・柔道整復師免許証・あん摩マッサージ指圧師免許証の写  ３．組織体系図  ＊兼務者がいる場合には、兼務先・内容・時間など詳細がわかるように記載 | □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □ |
| ５管理者経歴書  （参考様式２） | ・当該事業の管理者の住所、氏名、電話番号、生年月日、最終学歴以降の経歴、当該事業に関する資格等  ＊介護関係の職歴については、法人名・事業所名・サービス名、職務内容を漏れなく記載  ＊最終行は、「指定年月～　」とし、「管理者」を記載すること。（兼務職務も漏れなく記載） | □ | □ |
| ６生活相談員経歴書  （参考様式２） | ＜社会福祉主事、社会福祉士、精神保健福祉士又は介護福祉士以外の場合＞  ・生活相談員の住所、氏名、電話番号、生年月日、最終学歴以降の経歴、当該事業に関する資格等を記載  ・生活相談員実務経験証明書添付 | □  □ | □  □ |
| ７事業所の平面図、設備概要  （参考様式３、４、５） | ・建物全体の平面図及び当該事業に関する平面図  （用途・面積（内法、計算式記入）、専有・共有を明示したＡ４版又はＡ３版のもの、食堂及び機能訓練室は色線等で範囲を明示）  ○専用の事業所（一つの建物に一つの事業所）  ア．食堂及び機能訓練室（計算式記入）  ［合計で、３平方メートル×利用定員以上］  　イ．静養室（独立したスペース）  　ウ．相談室（相談内容が漏洩しないような配慮）  　エ．事務室  　オ．その他の設備  ＊消火設備等必要な設備  ＊＜入浴加算を算定の場合＞浴室  ○備品等（機能訓練用の器械器具を余白等に記載）  ・事業所の外観（建物全体）及び内部の様子が分か  　る写真添付とその説明（図面に撮影方向を明示）  ＊食堂及び機能訓練室は、数方向から撮影する。  ＊玄関・入口から事務室・相談室等に至る経路及  びトイレ、手洗い等への経路が他事業の専有ス  ペースを通過することがないなど適切な配慮が  なされていること。 | □  □  □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □  □  □ |
| ８運営規程 | ＊次の内容について、具体的かつわかりやすく定めてください。  １　事業の目的及び運営の方針  ２　従業者の職種、員数及び職務内容  ３　営業日及び営業時間（事業所の開いている日・時間）  　＊年間の休日などを明確に。  ＊サービス提供日・時間が異なる場合は、別に具体的に。  ・延長サービスを行う場合は、延長サービスを行う時間を明記。  ４　指定通所介護の利用定員  ５　指定（介護予防）通所介護の内容及び利用料その他の費用の額  ＊利用料その他の費用の額については、料金表にするなどして、具体的に。  ＊法定代理受領でない場合の利用料や「その他の費用の額」として徴収が認められている額なども記載  ６　通常の事業の実施地域  　＊客観的に特定できるように、行政区域の名称で　　記載。  ７　サービス利用に当たっての留意事項  ８　緊急時等における対応方法  ９　非常災害対策  10　その他運営に関する重要事項  ＊研修、秘密保持等 | □  □  □  □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □  □  □  □ |
| ９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６） | ＊次の事項について、具体的かつわかりやすく記載してください。  １　事業者として、利用者等からの相談・苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）・担当者の設置  　＊受付曜日、時間、電話番号、ＦＡＸ番号、担当　者職・氏名を明記する。  ２　円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順  ３　その他参考事項 | □  □  □ | □  □  □ |
| 10当該申請に係る事業に係る資産の状況 | １．貸借対照表、損益計算書及び財産目録（直近の決算書）  ２．指定予定月から１年間の事業計画書(事業所・サービス単位）  ＊事業計画は、事業所としての理念あるいは目　　標、そしてその実現に向けての運営方針、活動　内容などがわかるもの  ３．指定予定月から１年間の収支予算書（事業所・サービス単位）  ＊収支予算は、月ごとに作成  ＊収入（介護報酬等）、支出（人件費等）の算出根拠  ＊介護報酬が実際の収入となるのは、サービス提供月の翌々月の下旬です。収支残額がマイナスとなる時の補てん策を記載してください。  ４．損害賠償発生時に対応が可能であることがわかる書類（保険証書の写等）  ＊当該事業所・サービスが対象となることがわかるもの | □  □  □  □ | □  □  □  □ |
| 11誓約書  （参考様式８） | ・介護保険法の欠格事由に該当しない旨の誓約書 | □ | □ |
| 12役員・管理者名簿  （参考様式７） | ・法人役員、事業所管理者の氏名、住所、生年月日、役職名、その役職就任年月日 | □ | □ |
| 13介護報酬体制等届書  （別紙１）  （別表１） | １．体制等届出書  ２．体制等状況一覧表  ３．該当加算に係る別紙、添付書類 | □  □  □ | □  □  □ |
| 14提出確認票 | （本票） | □ | □ |

※　書類は、特段の定めがない限り、原則として日本工業規格Ａ４型とします。

※　すべての書類が確認できない場合は、指定更新申請の受付ができません。

　　受付後、書類の補正、追加提出をお願いすることがあります。

* 書類欄が網掛けになっている書類については更新申請時に省略可能です。但し、前回までの届け出内容から変更が生じた場合は提出してください。