地域密着型通所介護　指定（更新）申請　提出確認票

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開始（指定）予定日 | 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 |  |
| メールアドレス | |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 書類 | 説明 | 申請者  確認欄 | 健康福祉課  介護保険係  確認欄 |
| 年月日 |
| 1. 指定申請書   （様式第１号）  指定（許可）更新申請書  （様式第２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２号 | □  □ |  |
| 1. 付表 | ・複数単位実施する場合は付表別紙１も添付 | □ |  |
| 1. 申請者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履歴事項全部証明書（コピーの場合、法人名、代表者職名・氏名を記載し、代表者印を押印し、原本と相違のない旨記載してください。発行から３月以内）  ２．認可法人にあっては、法人設立認可証の写  ３．条例にあっては、公報の写 | □  □  □ |  |
| 1. 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | 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。指定更新申請の場合は提出月の前月分。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◇  ［提供日ごとに（生活相談員のサービス提供時間内の勤務時間数の合計）÷（サービス提供時間）が１以上］  　ウ．看護職員◇  　［単位ごとに専従１以上。病院、診療所又は訪問看護ステーションとの連携により確保することも可。提供日ごとに２時間以上かつ必要時間数以上。］  　エ．介護職員  　［単位ごとに常時１以上。サービス提供時間数に応じた配置が必要。］  オ．機能訓練指導員◇  　［１以上］  　カ．生活相談員及び介護職員のうち常勤１以上  　キ．その他の従業者  ＊単位ごとに、利用者定員１０人以下の場合  　ア．管理者  　［常勤・専従］   1. 生活相談員◇   ［提供日ごとに（生活相談員のサービス提供時間内の勤務時間数の合計）÷（サービス提供時間）が１以上］  ウ．介護職員又は看護職員◇  ［単位ごとに常時１以上。サービス提供時間数に応じた配置が必要。］  エ．機能訓練指導員◇  ［１以上］  オ．生活相談員、介護職員又は看護職員のうち常勤１以上  カ．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の証明、社会福祉士登録証・精神保健福祉士登録証・介護福祉士登録証の写  ◇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・はり師免許証・きゅう師免許証の写  ３．組織体系図・兼務先の勤務形態一覧表  ＊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  ４．医療機関との協定書の写  　＊看護職員について病院、診療所又は訪問看護ステーションとの連携により確保する場合に添付 | □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □ |  |
| 1. 経歴書 | ・管理者・生活相談員・機能訓練指導員の住所、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  ＊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  ＊就任、兼務状況も漏れなく記載 | □ |  |
| 1. 事業所の平面図､設備概要 | ・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）  ・設備に関する基準を満たすこと  　＊専用の事業所（１の建物につき１の事業所）  　＊食堂及び機能訓練室  ［利用定員×３㎡以上（内法）］  　＊静養室  　＊相談室  　＊事務室  　＊浴室  　＊消防設備その他の非常災害に際して必要な設備  　＊その他の設備 | □  □ |  |
| 1. 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  　＊年間の休日などを明確に記載  　＊サービス提供日・時間が異なる場合は別に具体的に記載  　＊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　地域密着型通所介護の利用定員  ５　地域密着型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  ７　サービス利用にあたっての留意事項  ８　非常災害対策  ９　身体拘束の禁止及び虐待防止に関する条項  10　その他運営に関する重要事項  ＊研修、秘密保持等 | □  □  □  □  □  □  □  □  □  □ |  |
| 1. 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | ＊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 | □  □  □ |  |
| 1. 誓約書 | ・介護保険法の欠格事由に該当しない旨の誓約書 | □ |  |
| 1. 介護報酬体制等届出書 | １．介護給付費算定に係る体制等に関する届出書  ２．介護給付費算定に係る体制等状況一覧表  ３．該当加算に係る別紙、添付書類 | □  □  □ |  |
| 1. 提出確認票 | （本票） | □ |  |

※　すべての書類が確認できない場合は、指定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。