認知症対応型通所介護　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
 | ・単独型・併設型は２－１・共用型は２－２ | □□ |  |
| 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）＊単独型・併設型ア．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．看護職員又は介護職員◇　［単位ごとに専従１以上、常時１人以上、（介護職員又は介護職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］　エ．機能訓練指導員◇　［１以上］　オ．その他の従業者＊共用型　［利用者の数と共用型認知症対応型通所介護の利用者の合計数について、それぞれの事業所・施設の人員基準を満たすために必要な数以上］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◇管理者：認知症対応型サービス事業管理者研修の受講終了証の写◇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 | □□□□□□□□□□□□ |  |
| 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（入浴介助体制加算を算定する場合）　＊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　指定認知症対応型通所介護の利用定員５　指定認知症対応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。