小規模多機能型居宅介護　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
 | ・当該事業所の最新の内容 | □ |  |
| 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）ア．管理者◇［常勤・専従］1. 従業者◇

［看護職員１以上、常勤１以上。日中（通い）は常勤換算方法で利用者３人に対し１以上、日中（訪問）は常勤換算方法で１以上、夜間（夜勤）は時間帯を通じて１以上、夜間（宿直）は時間帯を通じて必要数。ただし宿泊者がいない場合は訪問サービスのための連絡体制あれば夜間職員の配置不要。］　ウ．介護支援専門員◇　エ．代表者◇　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◇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◇介護支援専門員：小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講修了証及び介護支援専門員証の写 ◇代表者：認知症対応型サービス事業開設者研修の受講修了証の写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
 | ・当該事業所の管理者・介護支援専門員・代表者の住所、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 ＊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　＊居間及び食堂　　［通いの定員が１５人を超える場合、利用定員×３㎡以上（内法）］　＊宿泊室　　［７.４３㎡/室以上の床面積。個室以外の宿泊室は７.４３㎡/人以上必要］　＊台所　＊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　＊営業日は３６５日、訪問サービスの営業時間は２４時間と記載　＊通いサービス・宿泊サービスはそれぞれの営業時間を記載４　小規模多機能型居宅介護の登録定員、通いサービス及び宿泊サービスの利用定員５　小規模多機能型居宅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　緊急時等における対応方法９　非常災害対策10　身体拘束の禁止及び虐待防止に関する条項11　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. 協力医療機関との契約内容
 | ・利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に連絡する協力医療機関（歯科を含む。）と、あらかじめ取り交わした契約書又は協定書の写し | □ |  |
| 1. 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携体制の概要
 | ＊次の事項について具体的かつわかりやすく記載１　退去者に対するサービス提供確保のための連携・支援体制２　夜間における緊急時の対応のための連携・支援体制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. 介護支援専門員名簿
 | ・当該事業所で介護支援専門員として従事する者について、登録都道府県、登録番号、氏名（フリガナ）、就業開始年月日、就業形態を記入 | □ |  |
| 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。