居宅介護支援　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。主任介護支援専門員（経過措置により2027年度末までは介護支援専門員でも可）］  イ．介護支援専門員◇［常勤１人以上。利用者数３５又はその端数を増すごとに１］  　ウ．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・介護支援専門員：（主任）介護支援専門員証の写  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・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）  ○専用の事務室又は区画（相談、サービス担当者会議等対応のスペース）  ○必要な設備・備品等（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  ＊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。 | □  □  □  □ |  |
| 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（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。  ４　指定居宅介護支援の提供方法、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  ５　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。  ６　身体拘束の禁止に関する条項  ７　虐待防止に関する条項  ８　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　苦情があったサービス事業者に対する対応方針等  ４　その他参考事項 | □  □  □  □ |  |
| 1. 関係市町村及び保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容 | １．関係市町村との連携の内容  ２．他の保健医療・福祉サービス提供主体との連携の内容  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の資格に基づき、当該資格に係る業務に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  ・介護支援専門員証の写しを添付 | □  □ |  |
| 1. 介護報酬体制等届出書 | 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 | □  □  □ |  |
| 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。