**令和７年４月版**

**生活支援型訪問サービス指定申請に必要な書類一覧（チェックリスト）**

申請（開設）者名：　　　　　　　　　　　　　　事業所名：

※提出書類は、左側２つ穴で綴り、書類の右側に必ずインデックス（番号）を付けてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 提出書類 | 様式等 | チェック項目 |
| １  □ | 指定申請書 | 別紙様式第三号（四） | □　申請（開設）者名称、代表者職氏名・住所が登記簿謄本と一致しているか  □　実施事業、事業開始予定年月日等が正しく記入されているか  □　事業所名称、所在地、電話番号が様式２、運営規程と一致しているか  □　事業所の設置予定地は市街化調整区域ではないか  □　事業所名称はスペースを含め２０字以内になっているか  □　事業所名称が、既に指定を受けている管内の他の事業所と同一名称や紛らわしい名称となっていないか  □　記入担当者名が記入されているか |
| ２  □ | 訪問型サービスの指定に係る記載事項 | 付表第三号（一） | □　事業所の名称、所在地が申請書、運営規程その他添付書類と一致しているか  □　管理者が兼務する場合の記入をしているか  □　従事者の勤務形態毎の人数が、勤務形態一覧表、運営規程と一致しているか  □　祝日の営業の有無、その他の年間の休日を含めて、営業日は運営規程と一致しているか  □　営業時間は運営規程と一致しているか、訪問サービス対応時間を記載しているか  □　通常の事業の実施地域が運営規程と一致しているか |
| ３  □ | 指定申請手数料 | 申請時に市の納付書で納付 | □　申請時に手数料30,000円を持参しているか  ※納付書は申請時に介護保険課から手交します |
| ４  □ | 法人登記簿謄本（原本） |  | □　申請事業を実施する旨の記載があるか（変更される場合は、事前に介護保険課に確認してください。）  □　社会福祉法人、医療法人、ＮＰＯ法人等で、事業目的未登記の場合は、定款変更認可書が添付されているか  ・　他のサービスと同時に届出する場合は、原本は１部で、他はコピーで可。また、原本を添付する事業所名をコピーの余白に必ず記載してください。 |
| ５  □  ６  □ | ①誓約書（介護保険法第１１５条の４５の５第２項の規定に該当しないこと）  ②誓約書(暴力団排除） | 標準様式５  様式５ | □　偽りなく記載されているか  □　誓約書の日付が記載されているか  □　法人所在地及び名称、代表者の職氏名を記載しているか  □　②誓約書(暴力団排除）について、全ての役員等について記載されているか。（当該事業所の管理者も含まれているか）  □　誓約書欄と別記部分とが両面コピーされているか |
| ７□ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | 参考様式１ | ・　管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数（４週間分）を記載  ・　職種は、管理者・訪問事業責任者・従事者・その他（事務員等）に区分して記載  ・　記入例を参考に作成してください  □　管理者は専従か  □　訪問事業責任者が基準を満たしているか  ・　従事者のうち必要数。資格は従業者に同じ。  ・　介護職員実務者研修、介護職員基礎研修、訪問介護員養成研修１級課程、北九州市独自研修修了者もしくは介護福祉士、看護師、准看護師の資格を有しているか |
| ８  □ | 資格証の写し  ※Ａ４より大きいサイズのものは、Ａ４サイズに縮小コピーしてください |  | □　訪問介護員の資格を証するもの（看護師・准看護師免許証、介護福祉士登録証、訪問介護員養成研修修了証、介護職員基礎研修課程修了証、北九州市独自研修修了証等）の写しを添付しているか  　(注)介護福祉士国家試験合格証書は不可  □　従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表に記載した氏名の順に並べているか |
| ９  □ | 雇用（予定）証明書 | 様式６ | □　「従事すべき業務の範囲」には、すべての業務を記入しているか  □　従業（予定）者の住所・氏名は自筆署名か  □　管理者及び配置を要する全職員の分が揃っているか |
| 10  □ | 事業所の平面図 |  | □　当該事業に使用する箇所及び備品の配置が分かるように作成されているか  □　生活支援型訪問サービスの専用区画を有しているか  □　事業所内部の備品配置等、レイアウトが示されているか  □　複合施設（住居兼用を含む）の場合は、生活支援型訪問サービス事業所専用部分を表示した、施設全体の平面図を提出すること |
| 11□ | 事業所の写真 |  | □　次の写真が添付されているか  □　事業所の外観（建物）  □　玄関（入口）付近  □　事務室内部  □　鍵付の書庫（カルテ棚）  □　写真はＡ４台紙に貼付、もしくはＡ４サイズの用紙に印刷されているか。（白黒コピー不可）  □　上記平面図に撮影位置・方向が明示されているか |
| 12  □ | 運営規程及び利用料金表 | 参考様式３ | ・記入例を参照してください。  □　以下の内容が具体的に記載されているか  □　事業の目的及び運営の方針  □　従業者の職種、員数及び職務内容  □　営業日及び営業時間  □　指定生活支援型訪問サービスの提供方法、内容及び利用料その他費用の額  □　通常の事業の実施地域  □　緊急時等における対応方法  □　地域との連携等（自治会等への加入）  □　記録類の保存  □　その他運営に関する重要事項  □　営業時間については、事業所を開けている時間帯と生活支援型訪問サービス対応が可能な時間帯の両方を記載しているか。  □　利用料金については、利用者に説明するための利用料金表が添付されているか |
| 13□ | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | 標準様式４ | □　次の事項について、具体的に記載しているか。  　□　利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口・担当者の設置（担当者名や連絡先）  　□　円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順  　□　その他参考事項  □　公的機関苦情相談窓口として、通常の事業の実施地域の市町村（保険者）の介護保険所管部署（北九州市においては区役所の保健福祉課介護保険担当）と福岡県国民健康保険団体連合会の介護保険相談窓口を記載しているか  ・記入例を参照してください。 |
| 14□ | 損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類 |  | □　損害賠償保険証書の写し（手続き中の場合は、申込書及び領収書の写し）が添付されているか |
| 15  □ | 建物又は事業所が賃貸の場合、賃貸借契約書等の写し |  | □　事業所を借りている場合は、賃貸借契約書等の写しを添付しているか  ※建物又は事業所が、申請法人名義のものである場合は、以下にチェックを入れてください。  □　建物又は事業所の名義は、申請法人名義である |
| 16  □ | 北九州市介護予防・日常生活支援総合事業費  算定に係る体制等に関する届出書 | 様式７ | □　実施事業、指定年月日を記入しているか |
| 17  □ | 北九州市介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制状況一覧表 | 様式７－１ | □　運営規程、利用料金表、指定申請書添付書類と整合しているか |
| 18  □ | チェックリスト | 当該様式 | □　すべての項目と申請書類をチェックしてチェックを入れたか |

※　指定生活支援型訪問サービス事業所において、訪問サービス業務に従事可能な資格者証は以下のとおりです。

・介護福祉士登録証（介護福祉士試験合格証書は不可）

・旧介護職員基礎研修の修了証書

・訪問介護員の修了証書で以下の記載があるもの

　介護保険法施行令の規定に基づく、厚生省の定める訪問介護員（ホームヘルパー）養成研修

・看護師免許証、准看護師免許証：ともに、介護職員実務者研修修了に相当する取扱い

・家庭奉仕員講習会の修了証書：介護職員実務者研修修了に相当する取扱い

　（都道府県、(財)長寿社会開発センターによるもの。）

　・介護職員初任者研修修了証書（旧ヘルパー２級相当）

・介護職員実務者研修修了証書（旧ヘルパー１級相当）

・北九州市生活支援型訪問サービス従事者研修修了証