令和３年４月版

予防給付型通所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、電話番号が付表６－１、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□ | 通所型サービスの指定に係る記載事項 | 付表第三号（二） | □　管理者が兼務する場合の記入をしているか  □　食堂及び機能訓練室の合計面積が基準（３㎡×利用定員以上）を満たし、かつ、平面図の求積表と一致しているか  □　単位別従業者欄、勤務体制一覧表、運営規程の従業者数が一致しているか  □　下記の項目が運営規程と一致しているか  　　□　利用定員  □　営業日、営業時間  □　サービス提供時間  □　その他の年間の休日  □　通常事業の実施地域 |
| 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２第２項各号等に該当しないこと）  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 | 標準様式１ | □　管理者は常勤か  □　生活相談員は、営業日ごとのサービス提供時間  帯に勤務している時間数の合計数を当該事業所のサービス提供時間数で除して１以上配置されているか  □　介護職員を営業日ごとに、サービス提供時間を通じて専ら配置しているか  □　看護職員を営業日ごとに専ら配置しているか  □　介護職員の数が基準を満たしているか  （例）利用定員19～20名→介護職員２名以上  利用定員21～25名→介護職員３名以上  以下、利用定員が５名増えるごとに介護職員を１名以上追加する  □　機能訓練指導員を配置しているか  □　生活相談員又は介護職員が常勤か |
| ８□ | 資格証の写し等  ※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。 |  | □　生活相談員は下記の資格証等のうちいずれかを添付しているか  □　社会福祉士登録証の写し  □　精神保健福祉士登録証の写し  □　社会福祉主事任用資格取得証明書  □　介護福祉士登録証（介護福祉士国家試験合格証書は不可）の写し  □　介護支援専門員証の写し  □　社会福祉施設等で３年以上（介護又は看護の直接処遇）勤務し又は勤務した経験を記載した経歴書  □　看護職員は看護師（准看護師）の免許証等の写しを添付しているか  □　機能訓練指導員は下記の資格証の写しのうちいずれかを添付しているか  □　理学療法士  □　作業療法士  □　言語聴覚士  □　看護師（准看護師）  □　柔道整復師  □　あん摩マッサージ指圧師  □　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添付しているか |
| 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 | 標準様式2 | □　当該事業で使用する箇所（食堂、機能訓練室、静養室、相談室、事務室等）及び備品の配置、各部屋の面積が分かるように作成しているか  □　寸法は内寸で記入され、食堂及び機能訓練室については、面積算出根拠が分かるよう、計算式（小数点第３位切り捨てて合算）を記入した求積図が添付しているか  □　相談室がプライバシー保護に配慮した構造になっているか  □　静養室、相談室が２階にないか（エレベーター等で対応していれば可）  □　建物全体の図面を添付しているか  □　写真の撮影方向を明示しているか |
| 11□ | 事業所の写真 |  | □　下記の写真を添付しているか  □　事業所の外観  □　玄関（入口）付近  □　洗面設備  □　食堂及び機能訓練室  □　事務室  □　鍵付の書庫（カルテ棚）  □　相談室  □　静養室  □　脱衣場  □　浴室  □　調理室  □　便所  □　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） |
| 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。  □　以下の内容を具体的に記載しているか  □　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  　　　　□　サービス提供時間  　　　　□　その他の年間の休日  　　　　□　延長時間（時間延長する場合）  □　指定予防給付型通所サービスの利用定員（19名以上）  □　指定予防給付型通所サービスの内容及び利用料その他の費用の額  □　利用料金表  □　通常事業実施地域以外の地域の送迎費  □　食事の提供に要する費用  □　日常生活費  □　通常の事業の実施地域  □　サービス利用に当たっての留意事項  □　緊急時等における対応方法  □　非常災害対策（災害種別ごとの対応計画作成）  □　職員研修等の内容  □　従業者の守秘義務  　□　地域との連携等（自治会等への加入）  □　地域との連携等（非常災害時における協力体制）  □　介護報酬に関する書類の５年間保存 |
| 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□ | 送迎車両（送迎加算がある場合） |  | □　送迎車両の写真（車のナンバーが確認できるもの、白黒コピー不可）・車検証の写し・任意保険証の写しを添付しているか  □　車検証の使用者は当該法人名義になっているか |
| 15□ | 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又は付保証明書）が添付されているか |
| 16  □ | 検査済証等 |  | □　建築基準法における検査済証等の写しを添付しているか  □　建築物  □　昇降機（エレベーター）  □　「福岡県福祉のまちづくり条例」の検査結果通知書の写しを添付しているか  □　消防法における消防用設備等検査済証等の写しを添付しているか |
| 17□ | 建物又は事業所が賃貸の場合、賃貸借契約書等及び家賃の支払いが確認できる書類 |  | □　事業所を借りている場合は、賃貸借契約書等及び家賃の支払が確認できる書類を添付しているか  ※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 |
| 18□ | 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 |
| 19□ | 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  □　介護職員処遇改善加算については、事業者支援係に提出する届出書（表紙）の写しを添付しているか。 |
| 20  □ | 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 |