令和６年４月版

訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーション事業

指定申請に必要な書類一覧（チェックリスト）

（保険医療機関の指定を受けていない病院、診療所においては、介護老人保健施設を病院または診療所に読み替えてください。）

事業所名：　　　　　　　　　　　　　　担当者：　　　　　　　　連絡先：

※電子申請で行う場合は1番及び2番は、電子申請届出システムで入力となります。4番から18番（11番及び13番を除く）までの書類について、PDFまたは最新バージョンのエクセルファイルまたはワードファイルで作成してください。11番及び13番は現地調査時に提出してください。

※紙申請の場合は1番～18番までの提出書類を、番号入りの仕切紙（白紙の右側に番号のインデックスを貼付したもの）で挿み、書類の左側を２つ穴で綴り提出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 提出書類 | 様式等 | 説明 |
| １□ | 指定居宅（介護予防）サービス事業者指定申請書 | 別紙様式第一号（一） | □　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 |
| ２□ | 指定訪問リハビリテーション事業者の指定に係る記載事項 | 付表第一号（四） | □　事業所名称、所在地、電話番号が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  □　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  □　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 |
| ３□ | 指定申請手数料 | 申請時に市の納付書で納付 | □　納付書は申請書類提出後、介護保険課から交付します |
| ４□ | 登記事項証明書（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、事業目的未登録の場合は、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。  **※電子申請時はPDFで提出後、現地確認時に原本を提出してください。** |
| ５□  ６  □ | ①誓約書（介護保険法第７０条第２項各号、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６ | □　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□ | 介護老人保健施設の認可証の写し |  | □　介護老人保健施設の開設許可証が添付されているか  □　介護老人保健施設内に事務室がある場合、財産処分の手続きがされているか |
| ８□ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | 標準様式１ | □　管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数（４週間分）を記載しているか  □　理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の配置が適切か（訪問リハにも介護老人保健施設にも従事する者は、両事業間の業務時間が分けられているか）  □　理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の常勤換算後の人数が算出されているか（介護老人保健施設の人員基準が満たされているか確認のため必要）  □　専任の常勤医師が1人以上いるか |
| ９□ | 組織体制図 |  | □　同一法人・開設者において当該訪問リハビリテーション事業所以外に介護保険事業を実施している場合に、組織体制図が添付されているか  □　同一場所における全ての事業について作成し、従業者の氏名が記入されているか（介護老人保健施設の理学療法士等の分が作成されているか、兼務関係が明確に分かるか）  **※電子申請届出システム利用時は、予備２に添付してください。** |
| 10□ | 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。 |  | □　理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の資格を証するもの（免許証等）の写し  □　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 |
| 11□ | 雇用（予定）証明書等 | 様式３又は  雇用契約書及び、雇用条件通知書等の写 | □　「従事すべき業務の範囲」には、事業所及びすべての業務を記入しているか  □　従業（予定）者の自筆署名があるか。  □　管理者及び配置を要する全職員の分が揃っているか  □　従業（予定）者が法人役員で雇用契約書等が無い場合は、様式3雇用（予定）証明書を提出すること。  **※電子申請届出システム利用時は、現地確認時に提出してください。** |
| 12□ | 事業所の平面図 | 標準様式３ | □　当該事業で使用する箇所（相談室、事務室等）及び備品の配置が分かるように作成されているか  □　他事業との区画が明確であるか  □　相談室がプライバシー保護に配慮された構造になっているか  □　建物全体の図面が添付されているか  □　写真の撮影方向が明示されているか  ・当該事業に使用する箇所（事務室、相談室、手指洗浄設備としての洗面所等）及び備品の配置、各部屋の面積が分かるように作成してください。 |
| 13□ | 事業所の写真 |  | □　下記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）  □　相談スペース  □　感染予防に必要な設備（洗面設備）  □　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）  **※電子申請届出システム利用時は、現地確認時に提出してください。** |
| 14□ | 運営規程及び利用料金表 | 参考様式４ | ・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  　　　　□　サービス提供時間  　　　　□　その他の年間の休日  　　□　指定訪問リハビリの内容及び利用料その  　　　他の費用の額  　　　　□　通常事業実施地域以外の交通費  　　□　通常の事業の実施地域  　　□　緊急時等における対応方法  　　□　その他運営に関する重要事項  　□　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）  □　介護報酬に関する書類の５年間保存  □　虐待の防止のための措置 |
| 15□ | 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５ | □　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  ・記入例を参照してください。 |
| 16  □ | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 |  | □　介護給付費算定に係る体制等に関する届出書  　□　実施事業、指定年月日を記入しているか  □　介護給付費算定に係る体制等状況一覧表  □　運営規程、利用料金表、勤務体制表等、指定申請書添付書類と整合しているか  **※電子申請届出システム利用時は、加算に関する届け出書類に添付してください。** |
| 17□ | 業務管理体制に係る届出書 |  | □　業務管理体制に係る届出書が添付されているか  □　既に提出している場合、届出事項に変更はないか |
| 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 |