

介護サービス事業者の 指定手続手引書

久留米市健康福祉部介護保険課
育成・支援チーム

平成31年1月改訂

目 次

1. 指定申請受付窓口・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2ページ
2. 対象サービスと指定日・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2ページ
 - (1) (介護予防) 居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護予防・生活支援サービス事業所
 - (2) 地域密着型 (介護予防) サービス事業所
3. 指定の流れ、スケジュール・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2～6ページ
 - (1) 事前協議
 - (2) 着工、申請書類の作成
 - (3) 申請書類の事前確認
 - (4) 申請書類の受付
 - (5) 申請手数料
 - (6) 申請書類の審査
 - (7) 現地確認
 - (8) 指定
 - (9) 指定通知書交付・オリエンテーション※指定の流れ、スケジュール (例)
4. 申請書類の作成方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7～8ページ
 - (1) 申請書類
 - (2) 申請書類の様式等の取得方法
 - (3) 申請書類の作成にあたっての留意事項
 - (4) ファイリング
 - (5) 作成部数
 - (6) 提出部数
5. 申請書類の作成要領・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9～27ページ
 - (1) (介護予防) 居宅サービス、施設サービス
 - (2) (介護予防) 地域密着型サービス
 - (3) 介護予防・生活支援サービス
6. 地域密着型 (介護予防) サービスにおいて研修受講が求められる職種について

1. 指定申請受付窓口

住 所：久留米市城南町15番地3

担当課：久留米市健康福祉部介護保険課（育成・支援チーム指定担当）

電 話：0942-30-9247 FAX：0942-36-6845

メールアドレス：kaigo@city.kurume.fukuoka.jp

2. 対象サービスと指定日

(1) (介護予防) 居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護予防・生活支援サービス事業所

- ・指定日は、原則として毎月1日

(2) 地域密着型（介護予防）サービス事業所

- ・指定日は、原則として4月1日、7月1日、10月1日及び1月1日
- ・指定月の前月に地域密着型サービス運営委員会に指定の是非を諮りますので、その中での事業所に関するPRと本サービス運営委員との意見交換会を行います。
- ・地域密着型サービスでは職種によって特定の研修の受講が求められるものがあります。指定前に予め受講しておく必要があり、必要な研修を受講していなかった場合は、指定することができませんので、ご了承ください。必要なサービス・職種、研修の種類については28ページをご参照ください。

3. 指定の流れ、スケジュール（6ページ参照）

(1) 事前協議

- ・指定を希望する場合には、はじめに事前協議を行います。ご来庁の上、指定担当者と窓口での協議を行いますので、以下の資料をご提出ください。当該事業所が設備基準等を満たしているかを確認するために図面協議を行います。

| | |
|------|--|
| 協議内容 | 指定を受ける事業所の運営法人の概要、申請予定事業の概要、指定を希望するに至った経緯、事業所の図面協議 等 |
| 準備資料 | <input type="checkbox"/> 事業所の建物の計画平面図 ※ 基本的に建物全体。申請に係る部分はできるだけ詳細な図面 |
| | <input type="checkbox"/> 事業所の建物の敷地内配置図 ※ 敷地内の建物、駐車場等の配置がわかるもの |
| | <input type="checkbox"/> 事業所の建物の近隣の住宅地図等 ※ 申請予定地周辺の様子がわかるもの |
| | <input type="checkbox"/> 法人の定款または法人登記簿謄本の写し（最新のもの） ※ 社会福祉法人、NPO 法人、医療法人等は定款の認可（認証）が別途必要になります。 |
| | <input type="checkbox"/> ユニットリーダー研修または認知症対応型サービス事業開設者研修等の研修修了証の写し（指定に際して必要なサービスに限る。） |
| | <input type="checkbox"/> その他（法人の概要がわかるパンフレット等） |

- ・介護保険課との図面協議と並行して、建築基準や消防設備について、基準に適合しているかどうかを確認するため、それぞれの所管部局と協議を行い、その結果を書面で提出いただきます。

| 関係法令 | 所管部局 |
|----------------|------------------------|
| 建築基準法 | 久留米市都市建設部建築指導課 |
| 福岡県福祉のまちづくり条例 | |
| 消防法等関係法令 | 久留米広域消防本部または各消防署 |
| 農地法（農地である場合のみ） | 久留米市農業委員会または各総合支所産業振興課 |

- ・事業所の指定を受けるためには、法人の定款等の「事業の目的」に指定を受けようとするサービスの実施について記載されている必要があります。
定款の変更や登記には時間がかかりますので、所管部局へ相談し、早めに手続きを行ってください。

【事前協議にあたっての注意事項】

- ① 事前協議の受付は、時期を限定しておりませんが、協議を希望される場合は事前に担当者に予約をしてください。予約をされてない協議には対応しかねますのでご了承ください。
- ② 事前協議には、必ず指定を受ける事業者がお越しくください。設計会社やコンサルタント会社の同席は可能です。

事前協議の結果の認定には、一定期間を要します。事前協議が終了しないと、建物の工事着工及び申請書類の事前確認はできませんので、事前協議は、早めの対応をお願いします。

なお、関係部局との協議、法人の定款等の変更も合わせて終了する必要があります。

(2) 着工、申請書類の作成

- ・事前協議の結果について、担当者から連絡します。連絡後、工事の着工が可能です。また、申請書類を作成してください。作成にあたっては、9ページからの「5. 申請書類の作成方法」をご確認ください。

(3) 申請書類の事前確認

事前協議終了後、正式な申請の前に申請書類が適正かどうかを確認します。当該事前確認にあたり以下のとおり対応をお願いします。

- ・事前確認を希望する場合は、必ず担当者に予約をとった上でご来庁ください。予約がない場合は、対応しかねますのでご了承ください。
- ・正式な申請の受理はすべての申請書類に不備がない状態で行いますので、事前確認時には申請書類が概ね揃っている状態で予約をしてください。

※建物を新築する場合等、事業所の写真や建築検査済証などの工事が完了しないと作成、発行できない書類については、この限りではありません。

- 申請書類には、添付書類一覧で示す書類に応じた番号のインデックスを作成していただくなど、速やかな確認が行えるようにご協力をお願いいたします。

(4) 申請書類の受付

| | |
|-----------|--|
| 受付窓口 | 久留米市庁舎6階 介護保険課 ※総合支所及び市民センター等では受付できません。 |
| 受付時期 | 土日・祝祭日・年末年始を除く平日（8:30～17:15） |
| 申請書類の提出方法 | 窓口に持参して提出してください。 ※ご来庁の際は、必ず事前に来庁日時をご連絡してください。 |
| 提出時期 | 指定を受ける希望月の前々月の末日まで ※これまでに申請書類の事前確認を終えて、正式に申請をしていただく必要があります。希望月の前々月の末日までに正式に申請ができなかった場合は、希望月に指定をすることができませんので早めのご対応をお願いいたします。 |
| 備考 | 建築基準法に基づく検査済証（用途変更の完了を含む。）及び消防法に基づく消防用設備等検査済証等も漏れなく提出してください。これらの手続きが未了の場合は、指定を受けることができません。 |

(5) 申請手数料

申請書類提出の際に、指定申請受付窓口（介護保険課）での現金で納めてください。

| サービス種類 | 新規指定 | 指定更新 | 指定の変更 |
|------------------------|---------|---------|-------------|
| 指定居宅サービス事業者 | 30,000円 | 20,000円 | — |
| うち特定施設入居者生活介護 | 30,000円 | 20,000円 | 20,000円 |
| 指定居宅介護支援事業者 | 30,000円 | 20,000円 | — |
| 指定介護老人福祉施設 | 40,000円 | 25,000円 | — |
| 介護老人保健施設 | 63,000円 | 33,000円 | 33,000円（注2） |
| 指定介護療養型医療施設 | — | 25,000円 | 25,000円 |
| 介護医療院 | 63,000円 | 33,000円 | 33,000円（注2） |
| 指定介護予防サービス事業者（注1） | 30,000円 | 20,000円 | — |
| 指定介護予防・生活支援サービス（注1） | 30,000円 | 20,000円 | — |
| 指定地域密着型サービス事業者 | 30,000円 | 20,000円 | — |
| 指定地域密着型介護予防サービス事業者（注1） | 30,000円 | 20,000円 | — |

（注1）介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス、介護予防・生活支援サービスの申請手数料は、同種の居宅サービスまたは地域密着型サービス（地域密着型通所

介護を含む)の指定申請を同時に行う場合は、免除します。
(注2) 構造設備の変更を伴うものに限る。

(6) 申請書類の審査

申請書類の受付後、書類の漏れや、記載内容に不備等がないか改めて確認を行います。不備等があった場合は、電話等で確認の上、書類の再提出をもとめることがあります。なお、書類の再提出が指定する期限までにない場合は、希望した月に指定を受けることができず、翌月以降の指定となります。

(7) 現地確認

申請書類に不備等がない場合は、申請内容と現地の状況が一致していることを確認するために、指定を希望する月の前月中旬までに現地確認を行います。現地確認においては、次の事項を確認します。

【確認事項】

- ・機能訓練室、宿泊室の面積等の設備基準を満たしているか。
- ・利用者情報を保管するための鍵付きキャビネット等の主要な備品がそろっているか。
(現地確認までに搬入してください。)
- ・契約書や重要事項説明書等の書類のひな型を作成しているか。

(8) 指定

申請書類の審査、現地確認の結果、指定要件を満たすものと判断された場合に指定を行います。指定を受ける見込みがある事業者には、指定を希望する月の前月中に「指定通知書交付・オリエンテーションの案内」及び事業所番号をFAXにて送付します。

また、地域密着型(介護予防)サービス事業者の指定については、指定月の前月に地域密着型サービス運営委員会に指定の是非を諮り、事業者と本サービス運営委員との意見交換会を行います。

なお、指定に際し、適正な運営を確保するため市長が必要と判断した場合は、必要条件を付けての指定となることがあります。

(9) 指定通知書交付・オリエンテーション

原則として、月の最初の開庁日に、久留米市役所において「指定通知書交付・オリエンテーション」を行います。指定を受ける事業者は、事業所の代表者や管理者等(代理でも可)の出席をお願いします。時間帯や場所については、事前に送付するFAXをご確認ください。

※指定の流れ、スケジュール（例）

通所介護事業所を10月1日付けの指定を希望する場合。

| 時期 | 事業者 | 介護保険課 | 備考 |
|--------|----------------------|---------|--|
| 工事着工前 | 事前協議 | | <ul style="list-style-type: none"> • 建築指導課、消防署と関係法令の確認も別途行うこと。 |
| 事業所工事中 | | | |
| 7月～8月 | 申請書類の事前確認 | | |
| 8月末 | 申請書類の受付 | | <ul style="list-style-type: none"> • 事業所工事は完了していること。 • 建築基準法上の検査済証や消防法上の検査済証も漏れなく提出すること。 |
| 9月上旬 | | 申請書類の審査 | |
| 9月中旬 | 現地確認 | | <ul style="list-style-type: none"> • 事業所に必要な設備、備品等を備え、確認できるようにしておくこと。 |
| 9月下旬 | | 指定決裁 | <p>※地域密着型サービスの場合は、地域密着型サービス運営委員会に指定の是非を諮り、意見交換会を行う。</p> |
| 10月1日 | 指定通知書交付 オリエンテーション | | |

4. 申請書類の作成方法

(1) 申請書類

事業者指定の申請をするためには、次の書類が必要です。

| 申請書類 | 様式 | 備考 |
|---------|--------|--|
| 添付書類一覧表 | — | 指定申請に必要な全ての書類を一覧表にしているものです。 |
| 指定申請書 | 第1号様式 | 居宅・施設サービス、地域密着型サービス、介護予防・生活支援サービスでそれぞれ異なります。 |
| 付表 | 付表1～16 | 申請するサービス毎にあります。 |
| 添付書類 | 参考様式ほか | 参考様式が定められているものや事業者が任意に作成するなどがあります。 |

(2) 申請書類の様式等の取得方法

申請書類は、久留米市の公式ホームページでダウンロードすることができますので、申請書類を作成の際には、各種様式等を取得の上、作成をお願いします。

久留米市公式ホームページ

『トップページ』⇒『組織から探す』⇒『介護保険課』⇒『申請書一覧』

⇒『5-1. 介護サービス事業所（居宅・施設）の新規指定申請書』

⇒『6-1. 地域密着型サービス事業所の新規指定申請書』

⇒『11-1. 介護予防・生活支援サービス事業者の新規指定申請書』

※ なお、指定申請に必要な加算届の様式は、5-4. または6-4. または11-4. のそれぞれの加算届出書のページから取得してください。

(3) 申請書類の作成にあたっての留意事項

- 申請書類に使用する印鑑は、すべて印鑑証明（法務局に登録されている）の法人の代表者印を使用してください。
- 提出書類中、原本証明を必要としている書類には、申請者の代表者名で原本証明を行ってください。

【原本証明の記載例】

この写しは、原本に相違ないことを証明します。

法人名 ○○○○

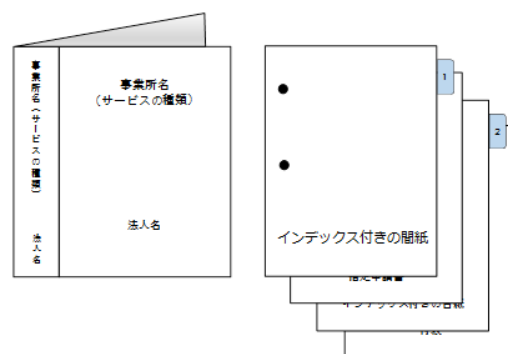
代表者名 ○○○○ 代表者印

(4) ファイリング

- 「添付書類一覧」、「指定申請書」、「付表」、及び「添付書類」は、一括してフラットファイルまたはリングファイル等に綴ってください。

| | | |
|------------|------------|----|
| フラットファイル規格 | A4版 (A4-S) | 2穴 |
|------------|------------|----|

- 同一敷地内において行う複数の事業を申請する場合は、それぞれの事業毎にファイルに綴ってください。
- 「添付書類一覧」、「指定申請書」、「付表」、「添付書類」の順に綴ってください。添付書類は、「添付書類一覧」の番号順に並べ、書類と書類の間には、番号を記入したインデックスをつけた間紙を入れてください。



(5) 作成部数

- 提出用の正本と申請者保管用の副本の2部を作成してください。
- 一度提出された申請書類については、返却しません。
- 提出後のコピーについては、情報公開請求をしていただき、1枚10円の手数料をいただきますので、必ず申請者保管用を作成してください。

(6) 提出部数

- 正本の1部を提出してください。

5. 申請書類の作成要領

申請書類の一覧及び作成要領等です。居宅・施設サービス、地域密着型サービス、介護予防・生活支援サービスで添付書類一覧表は異なり、また、申請するサービスで必要となる添付書類が異なりますので、上記の4（1）の各種様式等をダウンロードする久留米市公式ホームページ中にあるそれぞれの添付書類一覧表でご確認ください。

（1）（介護予防）居宅サービス、施設サービス

| No.1 | 指定申請書 | 第1号様式 |
|---|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> 指定申請書は各サービス共通です。 <input type="checkbox"/> 使用する印鑑は、印鑑証明書と同じものを使用してください。 <input type="checkbox"/> 申請者名称、所在地、代表者の職・氏名、住所を登記事項証明書と一致させてください。 <input type="checkbox"/> 事業所名称、所在地を付表、運営規程、他の添付資料と一致させてください。 <input type="checkbox"/> 住所表記は省略せず、正確に記載してください。（例：●丁目▲番■号） <input type="checkbox"/> 「実施事業」欄は、当該事業所について、今回指定を受けようとする事業に「○」を記入してください。 <input type="checkbox"/> 「事業開始予定年月日」欄には、今回指定を受けようとする事業について、当該事業の開始予定年月日を記入してください。 <input type="checkbox"/> 保険医療機関として既に医療機関コード等が付番されている場合は、当該コードを「医療機関コード等」欄に記入してください。なお、複数のコードを有する場合は、適宜様式を補正して、当該複数のコードを記入してください。 <input type="checkbox"/> 当該申請に係る事業の種類に応じた付表を、併せて提出してください。 | | |

| No.2 | 指定に係る記載事項（サービス種別毎・各付表） | 各付表 |
|--|------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 事業所名称は、正式名称を記載してください。 <input type="checkbox"/> 事業所所在地は、ビル等の名称まで正確に記載してください。 <input type="checkbox"/> 住所表記は省略せず、正確に記載してください。（例：●●町▲▲▲番地■） <input type="checkbox"/> 管理者の氏名、住所等は経歴書と一致させてください。（経歴書の提出が必要なサービスのみ） <input type="checkbox"/> 従業者は指定月の勤務体制表と一致させてください。 <input type="checkbox"/> 営業日、その他年間の休日、営業時間を運営規程と一致させてください。 | | |

| No.3 | 申請者の登記事項証明書または条例等 | 原本 |
|--|-------------------|----|
| <input type="checkbox"/> 発行から3ヶ月以内の申請書（法人）の登記事項証明書の原本を添付してください。 <input type="checkbox"/> 申請事業を実施する旨の記載があることを確認してください。 | | |

| | | |
|---|-----------------|----|
| No.4 | 申請者（運営法人）の印鑑証明書 | 原本 |
| <input type="checkbox"/> 発行から3ヶ月以内の印鑑証明書の原本を添付してください。 | | |

| | | |
|--|-------------------------------------|-------|
| No.5 | 欠格事由に該当しない旨の誓約書 （介護保険法第70条第2項関係） | 参考様式1 |
| <input type="checkbox"/> 申請者名等を記載し、印鑑証明書と同じ法人代表印を押印してください。 <input type="checkbox"/> 別紙①から別紙⑧で該当するサービスに○を付け、該当する別紙を添付してください。 | | |

| | | |
|--|---------------|---------|
| No.6 | 暴力団排除条例に係る誓約書 | 別紙（誓約書） |
| <input type="checkbox"/> 申請者名等を記載し、印鑑証明書と同じ法人代表印を押印してください。 <input type="checkbox"/> 管理者を含めて、すべての役員について記載、押印をしてください。 | | |

| | | |
|--|---------------------|----|
| No.7 | 病院・診療所・薬局の指定許可証等の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 申請者の代表者名で原本証明をしてください。 | | |

| | | |
|--|---------------------------|----|
| No.8 | 介護老人保健施設または介護医療院の開設許可証の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 申請者の代表者名で原本証明をしてください。 | | |

| | | |
|--|-----------------------------------|----|
| No.9 | 特別養護老人ホームまたは本体施設の認可証、診療所開設許可証等の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 申請者の代表者名で原本証明をしてください。 | | |

| | | |
|---|---|-------|
| No.10 | 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表（指定を希望する月分） 例）4月1日の指定希望の時は4月分 | 参考様式2 |
| <input type="checkbox"/> 記載例を参考に、勤務時間ごとに番号を振り、番号を表に記載してください。 <input type="checkbox"/> 管理者及び全従業員について記載してください。 | | |

| | | |
|--|---|--|
| No.11 | 当該事業所・施設に係る組織体制図 (複数の事業を実施しており、従業者が兼務している場合) | |
| <input type="checkbox"/> 同一法人においてその他の介護保険事業を実施しており、従業者が兼務している場合は、兼務状況が分かるように、その他の介護保険事業の組織体制図をあわせて表記してください。 <input type="checkbox"/> 従業者の氏名を記入してください。 | | |

| | | |
|---|---------|-------|
| No.12 | 管理者の経歴書 | 参考様式3 |
| <input type="checkbox"/> 経歴は省略しないで記載してください。 <input type="checkbox"/> 介護関係の職歴については、開設法人名及び事業所名を記載してください。 <input type="checkbox"/> 受講を要する研修がある場合は受講修了証の写しを添付してください。 | | |

| | | |
|---|---------------|-------|
| No.13 | サービス提供責任者の経歴書 | 参考様式3 |
| <input type="checkbox"/> 経歴は省略しないで記載してください。 <input type="checkbox"/> 介護関係の職歴については、開設法人名及び事業所名を記載してください。 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者としての要件を満たしていることを確認できるもの(研修の修了証等)の写しを添付してください。 | | |

| | | |
|---|------------------------|-------|
| No.14 | 介護支援専門員一覧表、介護支援専門員証の写し | 参考様式4 |
| <input type="checkbox"/> 当該事業所で計画の作成を担当する介護支援専門員を記載してください。 <input type="checkbox"/> 「就任年月日」「退任年月日」には、計画作成の担当になった日、担当でなくなった日を記載してください。(事業所の就労開始、就労終了日ではありませんのでご注意ください。) | | |

| | | |
|--|----------------|----|
| No.15 | 従業者の資格証、登録証の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 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ください。 | | |

| | | |
|---|----------------------|-------|
| No.16 | 従業者の雇用契約書または雇入通知書の写し | 参考様式5 |
| <input type="checkbox"/> 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ください。 <input type="checkbox"/> 法人内の異動により新規事業所に従事する場合は、異動辞令通知書等、指定を受ける事業所に従事することが分かる書類を添付してください。 <input type="checkbox"/> 従事するすべての業務を記載してください。 <input type="checkbox"/> 雇用前の従業者については、「雇用予定証明書」を作成し、添付してください。 | | |

| | | |
|---|------------------|----|
| No.17 | 従業者から提出された履歴書の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 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ください。 <input type="checkbox"/> 写真の有無は問いません。 | | |

| | | |
|--|------|--|
| No.18 | 運営規程 | |
| <input type="checkbox"/> サービスごとに必須項目が異なりますので、基準をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 営業日、営業時間がある場合は、「2指定に係る記載事項（付表）」の記述と一致させてください。 <input type="checkbox"/> 従業者の守秘義務について記載してください。 <input type="checkbox"/> サービス運営の根幹となる規程ですので、事業所ごとに吟味をお願いします。 | | |

| | | |
|---|--|-------|
| No.19 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 （窓口担当者名等を明記したもの） | 参考様式6 |
| <input type="checkbox"/> 記入例を参考に具体的に記載してください。 <input type="checkbox"/> 営業日、営業時間外も適切な対応ができるような体制をとってください。 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域に対応した、市町村（保険者）、国民健康保険団体連合会等、公的機関の相談窓口を掲載してください。 | | |

| | | |
|--|------------|----|
| No.20 | 損害保険証書等の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 手続き済みの場合は証書の写し、手続き中の場合は、申込書及び領収書の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> 申請者の代表者名で原本証明をしてください。 | | |

| | | |
|---|---------------------------|--|
| No.21 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（加算届） | |
| <input type="checkbox"/> 実施事業、指定年月日、記入担当者欄等に漏れなく記入してください。印鑑欄には印鑑証明書と同じ法人代表印を押印してください。 <input type="checkbox"/> 適用開始年月日には指定予定年月日を記入してください。加算の内容は、指定予定年月日の状態を記入してください。 <input type="checkbox"/> すべての加算について、算定するかどうかのチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 別紙チェック表により、添付資料が揃っているか確認してください。 | | |

| | | |
|--|-------|--|
| No.22 | 事業計画書 | |
| <input type="checkbox"/> 当該事業の利用者へのサービス計画、研修計画、年間行事予定計画書等を作成し、添付してください。 <input type="checkbox"/> 年間行事計画や職員研修計画などでも結構です。 | | |

| | | |
|--|--------------------------|----|
| No.23 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約書の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 夜間・休日等緊急時、入院時の対応などについて、医療機関との契約の概要がわかるものの写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> 申請者の代表者名で原本証明をしてください。 | | |

| | | |
|--|-----------------------------------|-------|
| No.24 | 関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容 | 参考様式7 |
| <input type="checkbox"/> 参考様式の記載要領に沿って、利用者に関する相互情報提供体制、事故発生時の対応等、具体的に記載してください。 | | |

| | | |
|--|---------------------------------------|--|
| No.25 | 福祉用具の保管及び消毒の方法、一覧表 (他に委託する場合はその状況) | |
| <p>【保管・消毒設備の平面図】</p> <input type="checkbox"/> 福祉用具の保管・消毒設備の平面図（不潔庫（未消毒）・消毒庫・清潔庫（消毒済）の区分及び福祉用具の動線を明記したもの）を提出してください。 <input type="checkbox"/> 委託先が複数にわたる等で、保管・消毒設備が複数箇所存在する場合も、それぞれ添付してください。 | | |
| <p>【福祉用具の保管・消毒設備の写真】</p> <input type="checkbox"/> 保管・消毒設備の建物の外観及び平面図で示した箇所（不潔庫・消毒庫・清潔庫）の内部の広さ、設備、備品等の配置状況のわかる写真をA4台紙に貼付して提出してください。平面図に撮影方向を明示してください。 | | |
| <p>【保管・消毒方法を記載した書類】</p> <input type="checkbox"/> 当事業所で行う場合は、消毒の具体的方法及び消毒機材の保守点検の方法について記載した書類（標準作業書）を作成してください。 <input type="checkbox"/> 全部またはその一部を他の事業者へ委託する場合は、委託契約書の写し（原本証明したもの）及び委託先の事業所における標準作業書を添付してください。委託先が複数にわたる場合は委託先ごとに添付してください。 | | |
| <p>※保管・消毒を委託する場合、契約書に以下の内容が盛り込まれていることが必要です。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①委託の範囲 ②委託等に係る業務の実施にあたり遵守すべき条件（消毒方法等） ③委託者の従業者により当該委託がなされた業務が運営基準に従って適切に行われていることを指定事業者が定期的に確認する旨 ④指定事業者が委託業務に関し、受託者に対し指示を行い得る旨 ⑤指定事業者が当該委託業務に関し改善の必要を認め、所要の措置を講じるよう前号の指示を行った場合において、当該措置が講じられたことを委託者が確認する旨 ⑥受託者が実施した委託業務により、利用者に健康または財産上の損害を与えた場合に | | |

おける措置の方法及び賠償等の責任の所在
 ⑦その他委託業務の適切な実施を確保するために必要な事項

【福祉用具一覧表】

- 取り扱う福祉用具のリスト（カタログ等）を作成し、金額を記載してください。
- 介護保険給付の対象であるか否かがわかるようにしてください。
- 事業所で福祉用具の在庫を持つ場合は、現時点で在庫のある福祉用具の一覧表を提出してください。
- 福祉用具の在庫がない場合、利用申し込みから福祉用具の提供方法について具体的に記載した書類を提出してください。
- 事業所で在庫を持たず他の事業者からレンタルする場合、レンタル契約書の写しに原本証明をしてください。レンタルする事業者が複数にわたる場合は、事業者ごとに添付してください。

| | | |
|--|---|-------|
| No.26 | 事業所・施設の案内図、平面図、写真 (写真の方向、位置番号が付けられたもの) | 参考様式8 |
| <input type="checkbox"/> 案内図には事業所を中心として、道順がわかるような地図をつけてください。 <input type="checkbox"/> 平面図には撮影方向を図示してください。 <input type="checkbox"/> 設備基準上、面積基準がある設備には内法での面積を記載してください。 <input type="checkbox"/> 他の施設等と併設している場合は、申請事業所を色分けするなど、特定できるようにしてください。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、内部の各室を撮影してください。 <input type="checkbox"/> A4の台紙に貼り付けるか、A4サイズに2枚分をカラーで印刷してください。 | | |

| | | |
|--|----------------------|-------|
| No.27 | 居室面積等一覧表（各面積等の算出根拠等） | 参考様式9 |
| <input type="checkbox"/> 柱、動かせない物の面積分を居室面積から差し引いてください。 | | |

| | | |
|--|-------------|--------|
| No.28 | 設備・備品に係る一覧表 | 参考様式10 |
| <input type="checkbox"/> 基準上必要な設備について、状況を記載してください。 <input type="checkbox"/> （訪問入浴のみ）備品は、目安として2万円以上のものを記載してください。 | | |

| | | |
|---|-----------|--------|
| No.29 | 併設する施設の概要 | 参考様式11 |
| <input type="checkbox"/> 名称、施設種別、住所、職員の配置状況等を正確に記載してください。 | | |

| | | |
|---|---------------|--------|
| No.30 | 施設の共用の場合の利用計画 | 参考様式12 |
| <input type="checkbox"/> 共用先の施設名、共用施設・設備名等を正確に記載してください。 | | |

| | | |
|--|--------------------------------------|--------|
| No.31 | 受託居宅サービス事業者が事業を行う事業所の名称等並びに当該事業者の名称等 | 参考様式13 |
| <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型の場合に提出してください。 <input type="checkbox"/> 委託するサービスについてすべて記載してください。 | | |

| | | |
|--|------------------------|----|
| No.32 | 土地、建物または事業所の使用権原を証する書類 | 写し |
| <input type="checkbox"/> 所有している場合は土地、建物の登記簿謄本（原本）、賃貸借の場合は賃貸借契約書の写しをつけてください。 <input type="checkbox"/> 地番などが事業所住所と適合しているか確認してください。 <input type="checkbox"/> 賃貸借契約書の写しを添付する場合、申請者の代表者名で原本証明をしてください。 | | |

| | | |
|--|-----------|----|
| No.33 | 建築検査済証の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 申請者の代表者名で原本証明をしてください。 <input type="checkbox"/> 既設建築物の場合は、用途変更届等の写しを添付してください。 | | |

| | | |
|--|----------------|----|
| No.34 | 消防用設備等検査済証等の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 申請者の代表者名で原本証明をしてください。 | | |

| | | |
|--|--------------------------|----|
| No.35 | エレベータ検査済証の写し（設置事業所・施設のみ） | 写し |
| <input type="checkbox"/> 申請者の代表者名で原本証明をしてください。 | | |

(2) (介護予防) 地域密着型サービス

| | | |
|---|-------|-------|
| No.1 | 指定申請書 | 第1号様式 |
| <input type="checkbox"/> 指定申請書は各サービス共通です。 <input type="checkbox"/> 使用する印鑑は、印鑑証明書と同じものを使用してください。 <input type="checkbox"/> 申請者名称、所在地、代表者の職・氏名、住所を登記事項証明書と一致させてください。 <input type="checkbox"/> 事業所名称、所在地を付表、運営規程、他の添付資料と一致させてください。 <input type="checkbox"/> 住所表記は省略せず、正確に記載してください。(例：●丁目▲番■号) <input type="checkbox"/> 「実施事業」欄は、当該事業所について、今回指定を受けようとする事業に「○」を記入してください。 <input type="checkbox"/> 「事業開始予定年月日」欄には、今回指定を受けようとする事業について、当該事業の開始予定年月日を記入してください。 <input type="checkbox"/> 保険医療機関として既に医療機関コード等が付番されている場合は、当該コードを「医療機関コード等」欄に記入してください。なお、複数のコードを有する場合は、適宜様式を補正して、当該複数のコードを記入してください。 <input type="checkbox"/> 当該申請に係る事業の種類に応じた付表を、併せて提出してください。 | | |

| | | |
|--|------------------------|-----|
| No.2 | 指定に係る記載事項(サービス種別毎・各付表) | 各付表 |
| <input type="checkbox"/> 事業所名称は、正式名称を記載してください。 <input type="checkbox"/> 事業所所在地は、ビル等の名称まで正確に記載してください。 <input type="checkbox"/> 住所表記は省略せず、正確に記載してください。(例：●●町▲▲▲番地■) <input type="checkbox"/> 管理者の氏名、住所等は経歴書と一致させてください。(経歴書の提出が必要なサービスのみ) <input type="checkbox"/> 従業者は指定月の勤務体制表と一致させてください。 <input type="checkbox"/> 営業日、その他年間の休日、営業時間を運営規程と一致させてください。 | | |

| | | |
|--|-------------------|----|
| No.3 | 申請者の登記事項証明書または条例等 | 原本 |
| <input type="checkbox"/> 発行から3ヶ月以内の申請書(法人)の登記事項証明書の原本を添付してください。 <input type="checkbox"/> 申請事業を実施する旨の記載があることを確認してください。 | | |

| | | |
|---|-----------------|----|
| No.4 | 申請者(運営法人)の印鑑証明書 | 原本 |
| <input type="checkbox"/> 発行から3ヶ月以内の印鑑証明書の原本を添付してください。 | | |

| | | |
|--|---------------------------------------|-------|
| No.5 | 欠格事由に該当しない旨の誓約書 (介護保険法第78条の2第4項関係) | 参考様式1 |
| <input type="checkbox"/> 申請者名等を記載し、印鑑証明書と同じ法人代表印を押印してください。 <input type="checkbox"/> 別紙①から別紙⑧で該当するサービスに○を付け、該当する別紙を添付してください。 | | |

| | | |
|--|---------------|---------|
| No.6 | 暴力団排除条例に係る誓約書 | 別紙(誓約書) |
| <input type="checkbox"/> 申請者名等を記載し、印鑑証明書と同じ法人代表印を押印してください。 <input type="checkbox"/> 管理者を含めて、すべての役員について記載、押印をしてください。 | | |

| | | |
|---|-------------|-------|
| No.7 | 開設者・代表者の経歴書 | 参考様式3 |
| <input type="checkbox"/> 経歴は省略しないで記載してください。 <input type="checkbox"/> 介護関係の職歴については、開設法人名及び事業所名を記載してください。 <input type="checkbox"/> 受講を要する研修がある場合は受講修了証の写しを添付してください。 | | |

| | | |
|--|-------------------|----|
| No.8 | 特別養護老人ホームの許可証等の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 申請者の代表者名で原本証明をしてください。 | | |

| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| No.9 | 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要 | |
| <input type="checkbox"/> 次の事項について、具体的に記載してください。 ① サービス提供を終了した者に対する他の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等のための連携・支援体制 ③ その他参考事項 | | |

| | | |
|---|--|-------|
| No.10 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(指定を希望する月分) 例) 4月1日の指定希望の時は4月分 | 参考様式2 |
| <input type="checkbox"/> 記載例を参考に、勤務時間ごとに番号を振り、番号を表に記載してください。 <input type="checkbox"/> 管理者及び全従業員について記載してください。 | | |

| | | |
|--|---|--|
| No.11 | 当該事業所・施設に係る組織体制図 (複数の事業を実施しており、従業者が兼務している場合) | |
| <input type="checkbox"/> 同一法人においてその他の介護保険事業を実施しており、従業者が兼務している場合は、兼務状況が分かるように、その他の介護保険事業の組織体制図をあわせて表記してください。 <input type="checkbox"/> 従業者の氏名を記入してください。 | | |

| | | |
|---|---------|-------|
| No.12 | 管理者の経歴書 | 参考様式3 |
| <input type="checkbox"/> 経歴は省略しないで記載してください。 <input type="checkbox"/> 介護関係の職歴については、開設法人名及び事業所名を記載してください。 <input type="checkbox"/> 受講を要する研修がある場合は受講修了証の写しを添付してください。 | | |

| | | |
|---|---------------------------------------|-------|
| No.13 | 当該事業所で計画の作成を担当する介護支援専門員または計画作成担当者の経歴書 | 参考様式3 |
| <input type="checkbox"/> 経歴は省略しないで記載してください。 <input type="checkbox"/> 介護関係の職歴については、開設法人名及び事業所名を記載してください。 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員または計画作成担当者としての要件を満たしていることを確認できる研修の修了証等の写しを添付してください。 | | |

| | | |
|---|--|-------|
| No.14 | 当該事業所で計画の作成を担当する介護支援専門員一覧表、介護支援専門員証の写し | 参考様式4 |
| <input type="checkbox"/> 当該事業所で計画の作成を担当する介護支援専門員を記載してください。 <input type="checkbox"/> 「就任年月日」「退任年月日」には、計画作成の担当になった日、担当でなくなった日を記載してください。(事業所の就労開始、就労終了日ではありませんのでご注意ください。) | | |

| | | |
|--|----------------|----|
| No.15 | 従業者の資格証、登録証の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 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ください。 | | |

| | | |
|---|----------------------|-------|
| No.16 | 従業員の雇用契約書または雇入通知書の写し | 参考様式5 |
| <input type="checkbox"/> 従業員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ください。 <input type="checkbox"/> 法人内の異動により新規事業所に従事する場合は、異動辞令通知書等、指定を受ける事業所に従事することが分かる書類を添付してください。 <input type="checkbox"/> 従事するすべての業務を記載してください。 <input type="checkbox"/> 雇用前の従業員については、「雇用予定証明書」を作成し、添付してください。 | | |

| | | |
|---|------------------|----|
| No.17 | 従業員から提出された履歴書の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 従業員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ください。 <input type="checkbox"/> 写真の有無は問いません。 | | |

| | | |
|--|------|--|
| No.18 | 運営規程 | |
| <input type="checkbox"/> サービスごとに必須項目が異なりますので、基準をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 営業日、営業時間がある場合は、「2指定に係る記載事項（付表）」の記述と一致させてください。 <input type="checkbox"/> 従業員の守秘義務について記載してください。 <input type="checkbox"/> サービス運営の根幹となる規程ですので、事業所ごとに吟味をお願いします。 | | |

| | | |
|---|--|-------|
| No.19 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 （窓口担当者名等を明記したもの） | 参考様式6 |
| <input type="checkbox"/> 記入例を参考に具体的に記載してください。 <input type="checkbox"/> 営業日、営業時間外も適切な対応ができるような体制をとってください。 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域に対応した、市町村（保険者）、国民健康保険団体連合会等、公的機関の相談窓口を掲載してください。 | | |

| | | |
|---|------------|----|
| No.20 | 損害保険証書等の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 手続き済みの場合は証書の写し、手続き中の場合は、申込書及び領収書の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> 事業の開始時には保険適用が確認できる書類を添付してください。 <input type="checkbox"/> 申請者の代表者名で原本証明をしてください。 | | |

| | | |
|---|---------------------------|--|
| No.21 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（加算届） | |
| <input type="checkbox"/> 実施事業、指定年月日、記入担当者欄等に漏れなく記入してください。印鑑欄には印鑑証明書と同じ法人代表印を押印してください。 | | |
| <input type="checkbox"/> 適用開始年月日には指定予定年月日を記入してください。加算の内容は、指定予定年月日の状態を記入してください。 | | |
| <input type="checkbox"/> すべての加算について、算定するかどうかのチェックをつけてください。 | | |
| <input type="checkbox"/> 別紙チェック表により、添付資料が揃っているか確認してください。 | | |

| | | |
|---|-------|--|
| No.22 | 事業計画書 | |
| <input type="checkbox"/> 当該事業の利用者へのサービス計画、研修計画、年間行事予定計画書等を作成し、添付してください。 | | |
| <input type="checkbox"/> 年間行事計画や職員研修計画などでも結構です。 | | |

| | | |
|--|--------------------------|----|
| No.23 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約書の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 夜間・休日等緊急時、入院時の対応などについて、医療機関との契約の概要がわかるものの写しを添付してください。 | | |
| <input type="checkbox"/> 申請者の代表者名で原本証明をしてください。 | | |

| | | |
|---|--------------------|--|
| No.24 | オペレーションセンターサービスの概要 | |
| <input type="checkbox"/> 利用者の人数が確認できる資料を添付してください。 | | |
| <input type="checkbox"/> 定期巡回サービスを行う訪問介護員等が利用者からの通報を受けた場合であっても、十分な対応を行うことができる体制等について記載してください。 | | |

| | | |
|--|--------------|--|
| No.25 | 随時訪問サービスの委託先 | |
| <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、夜間対応型訪問介護事業所で、事業の一部委託を他の訪問介護事業所または夜間対応型訪問介護事業所に委託する場合は、その概要について記載したものを添付してください。 | | |
| <input type="checkbox"/> 委託契約書の写し（原本証明をしたもの）を添付してください。 | | |

| | | |
|--|---|--------|
| No.26 | 事業所・施設の案内図、平面図、写真 (写真の方向、位置番号が付けられたもの) | 参考様式8 |
| <input type="checkbox"/> 案内図には事業所を中心として、道順がわかるような地図をつけてください。 <input type="checkbox"/> 平面図には撮影方向を図示してください。 <input type="checkbox"/> 設備基準上、面積基準がある設備には内法での面積を記載してください。 <input type="checkbox"/> 他の施設等と併設している場合は、申請事業所を色分けするなど、特定できるようにしてください。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、内部の各室を撮影してください。 <input type="checkbox"/> A4の台紙に貼り付けるか、A4サイズに2枚分をカラーで印刷してください。 | | |
| No.27 | 居室面積等一覧表(各面積等の算出根拠等) | 参考様式9 |
| <input type="checkbox"/> 柱、動かさない物の面積分を居室面積から差し引いてください。 | | |
| No.28 | 設備・備品に係る一覧表 | 参考様式10 |
| <input type="checkbox"/> 基準上必要な設備について、状況を記載してください。 <input type="checkbox"/> 目安として2万円以上のものを記載してください。 | | |
| No.29 | 併設する施設の概要 | 参考様式11 |
| <input type="checkbox"/> 名称、施設種別、住所、職員の配置状況等を正確に記載してください。 | | |
| No.30 | 施設の共用の場合の利用計画 | 参考様式12 |
| <input type="checkbox"/> 共用先の施設名、共用施設・設備名等を正確に記載してください。 | | |
| No.31 | 本体施設の概要、本体施設との間の移動経路、方法及び移動時間 | |
| <input type="checkbox"/> サテライト型の指定を申請する場合のみ作成してください。 | | |

| | | |
|--|------------------------|----|
| No.32 | 土地、建物または事業所の使用権原を証する書類 | 写し |
| <input type="checkbox"/> 所有している場合は土地、建物の登記簿謄本（原本）、賃貸借の場合は賃貸借契約書の写しをつけてください。 <input type="checkbox"/> 地番などが事業所住所と適合しているか確認してください。 <input type="checkbox"/> 賃貸借契約書の写しを添付する場合、申請者の代表者名で原本証明をしてください。 | | |

| | | |
|--|-----------|----|
| No.33 | 建築検査済証の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 申請者の代表者名で原本証明をしてください。 <input type="checkbox"/> 既設建築物の場合は、用途変更届等の写しを添付してください。 | | |

| | | |
|--|----------------|----|
| No.34 | 消防用設備等検査済証等の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 申請者の代表者名で原本証明をしてください。 | | |

| | | |
|--|--------------------------|----|
| No.35 | エレベータ検査済証の写し（設置事業所・施設のみ） | 写し |
| <input type="checkbox"/> 申請者の代表者名で原本証明をしてください。 | | |

(3) 介護予防・生活支援サービス

| | | |
|---|-------|-------|
| No.1 | 指定申請書 | 第1号様式 |
| <input type="checkbox"/> 指定申請書は各サービス共通です。 <input type="checkbox"/> 使用する印鑑は、印鑑証明書と同じものを使用してください。 <input type="checkbox"/> 申請者名称、所在地、代表者の職・氏名、住所を登記事項証明書と一致させてください。 <input type="checkbox"/> 事業所名称、所在地を付表、運営規程、他の添付資料と一致させてください。 <input type="checkbox"/> 住所表記は省略せず、正確に記載してください。(例：●丁目▲番■号) <input type="checkbox"/> 「実施事業」欄は、当該事業所について、今回指定を受けようとする事業に「○」を記入してください。 <input type="checkbox"/> 「事業開始予定年月日」欄には、今回指定を受けようとする事業について、当該事業の開始予定年月日を記入してください。 <input type="checkbox"/> 当該申請に係る事業の種類に応じた付表を、併せて提出してください。 | | |

| | | |
|--|------------------------|-----|
| No.2 | 指定に係る記載事項（サービス種別毎・各付表） | 各付表 |
| <input type="checkbox"/> 事業所名称は、正式名称を記載してください。 <input type="checkbox"/> 事業所所在地は、ビル等の名称まで正確に記載してください。 <input type="checkbox"/> 住所表記は省略せず、正確に記載してください。(例：●●町▲▲▲番地■) <input type="checkbox"/> 管理者の氏名、住所等は経歴書と一致させてください。(経歴書の提出が必要なサービスのみ) <input type="checkbox"/> 従業者は指定月の勤務体制表と一致させてください。 <input type="checkbox"/> 営業日、その他年間の休日、営業時間を運営規程と一致させてください。 | | |

| | | |
|--|-------------------|----|
| No.3 | 申請者の登記事項証明書または条例等 | 原本 |
| <input type="checkbox"/> 発行から3ヶ月以内の申請書（法人）の登記事項証明書の原本を添付してください。 <input type="checkbox"/> 申請事業を実施する旨の記載があることを確認してください。 | | |

| | | |
|---|-----------------|----|
| No.4 | 申請者（運営法人）の印鑑証明書 | 原本 |
| <input type="checkbox"/> 発行から3ヶ月以内の印鑑証明書の原本を添付してください。 | | |

| | | |
|---|---|---------|
| No.5 | 欠格事由に該当しない旨の誓約書 (介護保険法第115条の45の5第2項関係) | 参考様式1 |
| <input type="checkbox"/> 申請者名等を記載し、印鑑証明書と同じ法人代表印を押印してください。 <input type="checkbox"/> 別紙①から別紙⑧で該当するサービスに○を付け、該当する別紙を添付してください。 | | |
| No.6 | 暴力団排除条例に係る誓約書 | 別紙(誓約書) |
| <input type="checkbox"/> 申請者名等を記載し、印鑑証明書と同じ法人代表印を押印してください。 <input type="checkbox"/> 管理者を含めて、すべての役員について記載、押印をしてください。 | | |
| No.7 | 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(指定を希望する月分) 例)4月1日の指定希望の時は4月分 | 参考様式2 |
| <input type="checkbox"/> 記載例を参考に、勤務時間ごとに番号を振り、番号を表に記載してください。 <input type="checkbox"/> 管理者及び全従業員について記載してください。 | | |
| No.8 | 当該事業所・施設に係る組織体制図 (複数の事業を実施しており、従業員が兼務している場合) | |
| <input type="checkbox"/> 同一法人においてその他の介護保険事業を実施しており、従業員が兼務している場合は、兼務状況が分かるように、その他の介護保険事業の組織体制図をあわせて表記してください。 <input type="checkbox"/> 従業員の氏名を記入してください。 | | |
| No.9 | サービス提供責任者または生活援助責任者の経歴書 | 参考様式3 |
| <input type="checkbox"/> 経歴は省略しないで記載してください。 <input type="checkbox"/> 介護関係の職歴については、開設法人名及び事業所名を記載してください。 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者または生活援助責任者としての要件を満たしていることを確認できるもの(研修の修了証等)の写しを添付してください。 | | |
| No.10 | 従業員の資格証、登録証の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 従業員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ください。 | | |

| | | |
|---|----------------------|-------|
| No.11 | 従業員の雇用契約書または雇入通知書の写し | 参考様式5 |
| <input type="checkbox"/> 従業員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ください。 <input type="checkbox"/> 法人内の異動により新規事業所に従事する場合は、異動辞令通知書等、指定を受ける事業所に従事することが分かる書類を添付してください。 <input type="checkbox"/> 従事するすべての業務を記載してください。 <input type="checkbox"/> 雇用前の従業員については、「雇用予定証明書」を作成し、添付してください。 | | |

| | | |
|---|------------------|----|
| No.12 | 従業員から提出された履歴書の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 従業員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ください。 <input type="checkbox"/> 写真の有無は問いません。 | | |

| | | |
|--|------|--|
| No.13 | 運営規程 | |
| <input type="checkbox"/> サービスごとに必須項目が異なりますので、基準をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 営業日、営業時間がある場合は、「2指定に係る記載事項（付表）」の記述と一致させてください。 <input type="checkbox"/> 従業員の守秘義務について記載してください。 <input type="checkbox"/> サービス運営の根幹となる規程ですので、事業所ごとに吟味をお願いします。 | | |

| | | |
|---|--|-------|
| No.14 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 （窓口担当者名等を明記したもの） | 参考様式6 |
| <input type="checkbox"/> 記入例を参考に具体的に記載してください。 <input type="checkbox"/> 営業日、営業時間外も適切な対応ができるような体制をとってください。 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域に対応した、市町村（保険者）、国民健康保険団体連合会等、公的機関の相談窓口を掲載してください。 | | |

| | | |
|---|------------|----|
| No.15 | 損害保険証書等の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 手続き済みの場合は証書の写し、手続き中の場合は、申込書及び領収書の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> 事業の開始時には保険適用が確認できる書類を添付してください。 <input type="checkbox"/> 申請者の代表者名で原本証明をしてください。 | | |

| | | |
|---|--|--|
| No.16 | 介護予防・日常生活支援総合事業費（第1号事業費）に係る体制等に関する届出書（加算届） | |
| <input type="checkbox"/> 実施事業、指定年月日、記入担当者欄等に漏れなく記入してください。印鑑欄には印鑑証明書と同じ法人代表印を押印してください。 <input type="checkbox"/> 適用開始年月日には指定予定年月日を記入してください。加算の内容は、指定予定年月日の状態を記入してください。 <input type="checkbox"/> すべての加算について、算定するかどうかのチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 別紙チェック表により、添付資料が揃っているか確認してください。 | | |

| | | |
|--|-------|--|
| No.17 | 事業計画書 | |
| <input type="checkbox"/> 当該事業の利用者へのサービス計画、研修計画、年間行事予定計画書等を作成し、添付してください。 <input type="checkbox"/> 年間行事計画や職員研修計画などでも結構です。 | | |

| | | |
|--|------------------|---------|
| No.18 | 短期集中通所サービスの実施計画書 | 参考様式 14 |
| <input type="checkbox"/> 短期集中通所サービスのプログラム等についての計画書を作成してください。 | | |

| | | |
|--|---|-------|
| No.19 | 事業所・施設の案内図、平面図、写真 （写真の方向、位置番号が付けられたもの） | 参考様式8 |
| <input type="checkbox"/> 案内図には事業所を中心として、道順がわかるような地図をつけてください。 <input type="checkbox"/> 平面図には撮影方向を図示してください。 <input type="checkbox"/> 設備基準上、面積基準がある設備には内法での面積を記載してください。 <input type="checkbox"/> 他の施設等と併設している場合は、申請事業所を色分けするなど、特定できるようにしてください。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、内部の各室を撮影してください。 <input type="checkbox"/> A4の台紙に貼り付けるか、A4サイズに2枚分をカラーで印刷してください。 | | |

| | | |
|--|------------------------|----|
| No.20 | 土地、建物または事業所の使用権原を証する書類 | 写し |
| <input type="checkbox"/> 所有している場合は土地、建物の登記簿謄本（原本）、賃貸借の場合は賃貸借契約書の写しをつけてください。 <input type="checkbox"/> 地番などが事業所住所と適合しているか確認してください。 <input type="checkbox"/> 賃貸借契約書の写しを添付する場合、申請者の代表者名で原本証明をしてください。 | | |

| | | |
|--|-----------|----|
| No.21 | 建築検査済証の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 申請者の代表者名で原本証明をしてください。 <input type="checkbox"/> 既設建築物の場合は、用途変更届等の写しを添付してください。 | | |

| | | |
|--|----------------|----|
| No.22 | 消防用設備等検査済証等の写し | 写し |
| <input type="checkbox"/> 申請者の代表者名で原本証明をしてください。 | | |

| | | |
|--|--------------------------|----|
| No.23 | エレベータ検査済証の写し（設置事業所・施設のみ） | 写し |
| <input type="checkbox"/> 申請者の代表者名で原本証明をしてください。 | | |

6. 地域密着型（介護予防）サービスにおいて研修受講が求められる職種について

各研修は以下のとおり、義務付けられています。

| | 認知症対応型 共同生活介護 | 小規模多機能 型居宅介護 | 看護小規模多 機能型居宅介 護 | 認知症対応型 通所介護 | 受講免除（みなし措置）について | | | | |
|---|---|-----------------|-----------------------|----------------|--|---------|--|---|---|
| 代表者 | | | | | <ul style="list-style-type: none"> 認知症介護実践者研修（H17 実施分） 認知症介護実践リーダー研修（H17 実施分） 認知症高齢者グループホーム管理者研修（H17 のみ実施） 旧痴呆介護実務者研修基礎課程（H13～H16 実施） 旧痴呆介護実務者研修専門課程（H13～H16 実施） 認知症（痴呆）介護指導者養成研修（H13 より実施） 認知症（痴呆症）高齢者グループホーム開設予定者研修（H16～H17 実施） <p>※上記いずれかの研修修了者は、既に必要な研修を修了しているものとみなして差し支えない。</p> | | | | |
| 管理者 | | | | | <table border="1"> <tr> <td>グループホーム</td> <td>小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 認知症対応型通所介護</td> </tr> <tr> <td> <p>①平成 18 年 3 月 31 日までに、「実践者研修」または、「基礎課程」を修了した者であって、平成 18 年 3 月 31 日の日に現に特養、老人デイサービスセンター、老健、グループホーム等の管理者の職務に従事している者</p> <p>②「認知症高齢者グループホーム管理者研修」（H17 年度のみ実施）を修了した者</p> <p>※①または②の要件をみたしている者はグループホームの管理者として既に必要な研修を修了しているものとみなして差し支えない</p> </td> <td> <p>平成 18 年 3 月 31 日までに「実践者研修」または、「基礎課程」を修了した者であって、平成 18 年 3 月 31 日の日に現に特養、老人デイサービスセンター、老健、グループホーム等の管理者の職務に従事している者は、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護、または認知症対応型通所介護事業所の管理者として既に必要な研修を修了しているものとみなして差し支えない。</p> </td> </tr> </table> | グループホーム | 小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 認知症対応型通所介護 | <p>①平成 18 年 3 月 31 日までに、「実践者研修」または、「基礎課程」を修了した者であって、平成 18 年 3 月 31 日の日に現に特養、老人デイサービスセンター、老健、グループホーム等の管理者の職務に従事している者</p> <p>②「認知症高齢者グループホーム管理者研修」（H17 年度のみ実施）を修了した者</p> <p>※①または②の要件をみたしている者はグループホームの管理者として既に必要な研修を修了しているものとみなして差し支えない</p> | <p>平成 18 年 3 月 31 日までに「実践者研修」または、「基礎課程」を修了した者であって、平成 18 年 3 月 31 日の日に現に特養、老人デイサービスセンター、老健、グループホーム等の管理者の職務に従事している者は、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護、または認知症対応型通所介護事業所の管理者として既に必要な研修を修了しているものとみなして差し支えない。</p> |
| グループホーム | 小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 認知症対応型通所介護 | | | | | | | | |
| <p>①平成 18 年 3 月 31 日までに、「実践者研修」または、「基礎課程」を修了した者であって、平成 18 年 3 月 31 日の日に現に特養、老人デイサービスセンター、老健、グループホーム等の管理者の職務に従事している者</p> <p>②「認知症高齢者グループホーム管理者研修」（H17 年度のみ実施）を修了した者</p> <p>※①または②の要件をみたしている者はグループホームの管理者として既に必要な研修を修了しているものとみなして差し支えない</p> | <p>平成 18 年 3 月 31 日までに「実践者研修」または、「基礎課程」を修了した者であって、平成 18 年 3 月 31 日の日に現に特養、老人デイサービスセンター、老健、グループホーム等の管理者の職務に従事している者は、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護、または認知症対応型通所介護事業所の管理者として既に必要な研修を修了しているものとみなして差し支えない。</p> | | | | | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | | なし | | | | |

※ 看護小規模多機能型居宅介護の管理者・開設者については、保健師もしくは看護師（業務停止の期間終了後 2 年を経過しないものであり、医療機関における看護、訪問看護または訪問指導の業務に従事した経験のある者であること。また、管理者としての資質を確保するための研修等を受講している者が望ましい）ならば必ずしも研修を受講する必要はありません。