**指定申請に係る提出書類一覧【（介護予防）認知症対応型通所介護】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　名 | 担 当 者 名 | 連絡先電話番号 | ＦＡＸ番号 |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者確認欄 | 書　　類　　名 | 様　式 | 留意事項（所在地、住所の表記については、すべて庄原市中本町一丁目10番1号のように、○丁目は漢数字で、○番○号又は○番地○等はアラビア数字で正確に記載してください。） |
| □ | 指定申請に係る提出書類一覧【（介護予防）認知症対応型通所介護】 | 本書類 | □申請者確認欄は、あらかじめ自主点検の上、チェック（）をし、書類は、この表に掲げる順に提出してください。 |
| □ | 自主点検表兼確認表 | ― | □必ず自主点検表により確認を行ってください。 |
| □ | 指定申請書 | 第１号様式 | ― |
| □ | 事業所の指定に係る記載事項 | 付表２－１　　２－２ | □共用型の場合は、２－２により作成 |
| □ | 事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項 | 付表２－３ | □該当する事業所のみ提出してください。 |
| □ | 申請者の定款、寄附行為等 | ― | □定款、寄付行為は当該事業を実施する旨の記載があるものを添付してください。 |
| □ | 登記事項証明書 | ― | □原本（３か月以内に発行）を添付してください。（法人、土地、建物） |
| □ | 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（予定分） | 参考様式１ | □指定開始月の勤務形態一覧表（予定）を提出してください。□職種、勤務形態、シフト、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数、夜間及び深夜の時間帯を記載してください。（上記の内容が確認できる場合は、事業所の勤務表で可） |
| □ | 当該サービス事業所に係る組織体制図 | ― | □様式については、特に定めがありません。※ 指揮命令関係・責任所在関係が分かるもの。 |
| □ | 従業者一覧表 | 参考様式１－４ | □従業者全員について、資格種別、勤務形態、雇用年月日等を記入してください。 |
| □ | 管理者経歴書 | 参考様式２ |  |
| □ | 生活相談員経歴書機能訓練指導員経歴書 | 参考様式２－４ |  |
| □ | 免許証等の写し | ― | □介護保険関連の資格を有する者については、その資格の免許証等の写しを添付してください。□従業者一覧表の順に並べて提出してください。 |
| □ | 研修の修了証書の写し | ― | □指定を受ける際に修了することとなっている研修の修了証書の写しを添付してください。□従業者一覧表の順に並べて提出してください。 |
| □ | 雇用契約書等の写し | ― | □雇用契約書（写）など従業者との雇用関係及び勤務条件を確認できる書類を添付してください。□従業者一覧表の順に並べて提出してください。 |
| □ | 事業所の平面図 | ― | □平面図、求積図、立面図、位置図を提出してください。□各室の用途、寸法、面積（芯心）及び出入り口や廊下の箇所、幅等を記載してください。□平面図は建築図面等、縮尺が正確な図面を使用してください。また、縮尺図面ではなく、寸法が正しい図面（原本の写し等）を提出してください。 |
| □ | 事業所の現時点の写真 | ― | □写真についてはカラーのものを添付してください。□上記の平面図とは別に、平面図のコピー（縮尺図面可）に写真を撮った位置・方向等が分かるように写真番号を記入してください。□事業所の主要部分や各室（外観、居室、居間・食堂、事務室、洗面設備・トイレ、浴室、台所等備品の入ったもの）の様子が分かる写真をＡ４用紙に貼り付けて提出してください。 |
| □ | 土地及び建物の所有権・賃貸借関係が確認できる書類 | ― | □土地・建物又は事業所の使用権限を証明することのできる書類を添付してください。（例）登記事項証明書・賃貸借契約書等 |
| □ | 設備・備品等一覧表 | 参考様式５ | □消防関連設備についても記載してください。 |
| □ | 運営規程 | ― | □次の事項について具体的に定めてください。　(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　(4)指定（介護予防）認知症対応型通所介護の利用定員(5)指定（介護予防）認知症対応型通所介護の内容及び利用料その他の費用の額　(6)通常の事業の実施地域　(7)サービス利用に当たっての留意事項　(8)緊急時等における対応方法　(9)非常災害対策 　(10)その他運営に関する重要事項□認知症対応型通所介護事業と介護予防認知症対応型通所介護事業の指定を併せて受けている場合は、それぞれの運営規程を提出してください。  |
| □ | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | 参考様式７ | □常設の窓口（連絡先）、担当者の職・氏名を記入してください。□苦情があった場合の受付から管理者までの連絡手順、原因究明のための方法、苦情内容の職員への周知方法、苦情が発生しないようにするためのマニュアル化など、処理体制・手順を記入してください。□上記手順をチャート図にして添付してください。 |
| □ | サービス提供実施単位一覧表 | 参考様式８ |  |
| □ | 当該申請に係る事業に係る資産の状況 | ― | □当該サービス事業に係る収支予算書、貸借対照表等を添付してください。□損害賠償保険の保険証書の写しを提出してください。 |
| □ | 当該申請に係る法第78条の2第4項各号及び第115条の12第2項各号に該当しない旨の誓約書 | 参考様式９－１　　　　９－２ | □法第78条の2第4項各号及び法第115条の12第2項各号に該当しない旨を確認の上、誓約書を添付してください。 |
| □ | 役員等名簿 | 参考様式９－３ | □役員等の範囲 Ａ 業務を執行する社員・取締役又はこれらに準ずる者 Ｂ 相談役・顧問役等の名称を有するかどうかは問わず、Ａと同等以上の支配力を有すると認められる者Ｃ 事業所の管理者 |
| □ | 運営推進会議の構成員 | 参考様式１１ | ― |
| □ | 建築基準法令関係 | ― | □建築検査済証等 |
| □ | 消防法令関係 | ― | □検査済証等 |
| □ | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 | 別紙１ | ― |
| □ | 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 | 別紙１－３ | ― |