

別 添

指定申請に係る書類一覧（地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護）

|        |             |
|--------|-------------|
| 事業所の名称 | 担当者・連絡先電話番号 |
|--------|-------------|

| 番号 | 添付書類                                     | 留意事項   |
|----|--|--|
| 1  | 指定申請書（第1号様式）                             |  |
| 2  | 指定に係る記載事項（付表2-1）                         |  |
| 3  | サービス提供実施単位一覧表（参考様式8）                     |  |
| 4  | 登記事項証明書                                  | <input type="checkbox"/> 直近3ヶ月以内の原本 <input type="checkbox"/> 目的の中に「介護保険法に基づく地域密着型サービス事業」等適切な文言があるもの  |
| 5  | 欠格事由に該当していない旨の誓約書（参考様式9-1、9-2）           |  |
| 6  | 役員名簿（参考様式12）                             | <input type="checkbox"/> 法人の全役員と管理者が対象<br><input type="checkbox"/> 医療法人、社会福祉法人、特定非営利活動法人の場合は理事、監事<br><input type="checkbox"/> 合同会社、合名会社、合資会社の場合は全社員<br><input type="checkbox"/> 株式会社の場合は取締役、執行役、監査役、会計参与 |
| 7  | 土地・建物が賃貸にあってはその契約書の写し、法人所有の場合は所有関係がわかるもの | <input type="checkbox"/> 事業所の位置がわかる広域図を添付  |
| 8  | 平面図（参考様式3）                               | <input type="checkbox"/> 食堂及び機能訓練室（ともに支障がない場合のみ合算可能）<br><input type="checkbox"/> 静養室 <input type="checkbox"/> 事務室 <input type="checkbox"/> 相談室（遮蔽物の設置にて、プライバシー確保）<br>※各室ごとに広さの平米数を記入 ※平面図に撮影した方向を記入      |
| 9  | 設備・備品等一覧表（参考様式5）                         | <input type="checkbox"/> 身体の不自由な方に適した構造であるか<br><input type="checkbox"/> 日照・採光・換気・衛生面に配慮されているか<br><input type="checkbox"/> 備品の充実（机、椅子、パソコン、通信機器など）<br><input type="checkbox"/> 防災等への配慮・非常災害設備など<br>※写真で確認 |
| 10 | 主要な場所の写真（参考様式18）                         | <input type="checkbox"/> 外観 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 上記の各部屋 <input type="checkbox"/> 上記の各設備・備品など<br>※完成した事業所の写真添付  |
| 11 | 経歴書（参考様式2）                               | <input type="checkbox"/> 管理者（認知症対応型通所介護の場合）  |
| 12 | 管理者の雇用関係がわかるもの                           | <input type="checkbox"/> 労働条件通知書・辞令の写しなどを添付  |
| 13 | 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1）                | <input type="checkbox"/> 管理者および従業員全員の、毎日の勤務すべき時間数（4週間分）<br>※既に別のサービスを行っている場合、そのサービスの勤務形態一覧   |
| 14 | 就業規則                                     | <input type="checkbox"/> 常時10人以上の労働者を使用する使用者は、就業規則を作成し所轄労働基準監督署長に届出必要あり  |
| 15 | 連携病院等との契約書                               | <input type="checkbox"/> 病院等との連携により看護職員を確保する場合のみ   |
| 16 | 資格が必要な職種の資格証・証明書                         | <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員<br>※氏名変更があれば、それがわかる公的な証明書（戸籍抄本等）   |
| 17 | 研修を修了したことがわかるもの（研修修了証）                   | <input type="checkbox"/> 管理者（認知症対応型通所介護の場合）<br>①認知症対応型サービス事業管理者研修<br>②認知症介護実践者研修   |
| 18 | 運営規程                                     | <input type="checkbox"/> 保険給付の対象とならない費用（食費、おむつ代、その他の日常生活品費）の積算根拠を添付  |
| 19 | 運営推進会議名簿（参考様式11）                         |  |

（裏面へ続く）

| 番号 | 添付書類   | 留意事項  |
|----|--|---|
| 20 | 苦情を処理するために講ずる措置の概要<br>(参考様式 7)                         |   |
| 21 | 収支予算書 (参考様式 15)  | <input type="checkbox"/> 事業開始月から 1 年以上の収支見込 |
| 22 | 指定通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する開始・変更・休止・廃止・再開届出書 (参考様式 16) | <input type="checkbox"/> 宿泊サービスを行わなければ不要    |
| 23 | 社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票 (参考様式 14)                      | ※社会保険料の領収証書、労働保険概算・確定保険料申告書などを添付            |
| 24 | 介護給付費算定に係る届出書  |   |
| 25 | 介護給付費算定に係る一覧表 (別紙 1-3)                                 |   |
| 26 | ヒアリング (別紙)   |   |

※地域密着型通所介護において、共生型サービスを提供する場合は、児童福祉法又は障害者総合支援法に基づく指定通知書の写しを提出してください。

共生型サービスの場合、7「土地・建物が賃貸にあってはその契約書の写し、法人所有の場合は所有関係がわかるもの」、8「平面図」、9「設備・備品等一覧表」、10「主要な場所の写真」、12「管理者の雇用関係がわかるもの」、20「苦情を処理するために講ずる措置の概要」及び 21「収支予算書」の提出は不要です。