

別 添

指定申請に係る書類一覧

(小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、看護小規模多機能型居宅介護)

| | | | |
|--------|--|-------------|--|
| 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（別紙様式第二号（一）） | |
| 2 | 指定等に係る記載事項（付表第二号（六）） | |
| 3 | 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 |
| 4 | 誓約書（標準様式6） | <input type="checkbox"/> 介護：別紙①、介護予防：別紙③を添付 |
| 5 | 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 |
| 6 | 平面図（標準様式3） | <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 浴室 ※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 |
| 7 | 居室・宿泊室面積一覧表（参考様式2） | |
| 8 | 設備等一覧表（標準様式4） | <input type="checkbox"/> 身体の不自由な方に適した構造であるか <input type="checkbox"/> 日照・採光・換気・衛生面に配慮されているか <input type="checkbox"/> 防災等への配慮・非常災害設備など ※写真で確認 |
| 9 | 主要な場所の写真（参考様式3） | <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 ※完成した事業所の写真添付 |
| 10 | 管理者経歴書（標準様式2） | <input type="checkbox"/> 管理者（3年以上認知症高齢者の介護に従事した経験を有している） |
| 11 | 雇用関係がわかるもの | <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者・介護支援専門員 ※労働条件通知書・辞令の写しなど雇用関係がわかるものを添付 |
| 12 | 実務経験証明書（参考様式10） | <input type="checkbox"/> 計画作成担当者（特養の生活相談員や老健の支援相談員等として認知症高齢者の介護サービスに係る計画の作成に関し実務経験を有すると認められる内容の証明書（介護支援専門員は不要） |
| 13 | 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式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） ※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が必要あり |
| 15 | 協力医療機関等との契約書 | <input type="checkbox"/> 診療科目のわかるものを添付 |
| 16 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院との連携体制及び支援体制の概要（参考様式11） | |
| 17 | 資格が必要な職種の資格証・証明書 | <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者・介護支援専門員 ※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） |
| 18 | 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧（標準様式7） | |

(裏面へ続く)

| 番号 | 添付書類 | 留意事項 |
|----|---------------------------------|--|
| 19 | 研修を修了したことがわかるもの (研修修了証) | <input type="checkbox"/> 代表者 ①認知症対応型サービス事業開設者研修 <input type="checkbox"/> 管理者 ①認知症介護実践者研修 ②認知症対応型サービス事業管理者研修 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者（認知症対応型共同生活介護のみ） ①認知症介護実践者研修 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 （小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護） ①認知症介護実践者研修 ②小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 |
| 20 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 保険給付の対象とならない費用※'の積算根拠を添付 |
| 21 | 運営推進会議名簿（参考様式4） | |
| 22 | 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） | |
| 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6） | ※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 | 収支予算書（参考様式7） | <input type="checkbox"/> 事業開始月から1年以上の収支見込 |
| 25 | 介護給付費算定に係る届出書 | |
| 26 | 介護給付費算定に係る一覧表（別紙1-3） | |
| 27 | ヒアリング（別紙） | |

※'小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護：宿泊費、食費、おむつ代、その他の日常生活費
認知症対応型共同生活介護：家賃、食材料費、理美容代、おむつ代、その他の日常生活費