

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）

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3-1、3-2、4）	
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	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）	
5	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 <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 <input type="checkbox"/> 合同会社、合名会社、合資会社の場合は全社員 <input type="checkbox"/> 株式会社の場合は取締役、執行役、監査役、会計参与
6	土地・建物が賃貸にあつ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
7	平面図（参考様式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
8	居室・宿泊室面積一覧表（参考様式4）	
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 <input type="checkbox"/> 日照・採光・換気・衛生面に配慮されているか <input type="checkbox"/> 備品の充実（机、椅子、パソコン、通信機器など） <input type="checkbox"/> 防災等への配慮・非常災害設備など ※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 ※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 <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19）	<input type="checkbox"/> 管理者（認知症高齢者の介護従事経験3年以上の必要な知識と経験を持つ内容の証明書） <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（参考様式1）	<input type="checkbox"/> 管理者および従業者全員の、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	資格が必要な職種の資格証・証明書	<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）
17	当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧（参考様式10）	

（裏面へ続く）

番号	添付書類	留意事項
18	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のみ) 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
19	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
20	運営推進会議名簿(参考様式11)	
21	苦情を処理するために講ずる措置の概要(参考様式7)	
22	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
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)	

※'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