

介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型サービス）の指定申請に係る必要書類と記載方法

書類に漏れがないか左欄にチェックして確認の上、別添の指定申請に係る添付書類一覧及び下記を参照にして作成してください。

| 項番 | 申請者確認欄 | 受付者確認欄 | 書類名 | 説明 |
|----|--------------------------|--------------------------|---|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 指定申請書（第1号様式） | <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の名称及び所在地 ・申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の名前、生年月日、住所及び職名 ・当該申請に係る事業の開始予定年月日 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型サービス）の指定に係る記載事項（付表1-1） | <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の名称及び所在地 ・管理者の名前、生年月日及び住所 ・従業者の人数 ・主な揭示事項 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 申請者の登記事項証明書又は条例等 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防訪問介護相当サービス事業を実施する旨の記載のある履歴事項全部証明書若しくは現在事項全部証明書。 ・条例にあっては、公報の写し。 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式1-1） | <ul style="list-style-type: none"> ・管理者及び従業者全員の毎日の勤務すべき時間数（4週間分） ・職種の分類は、次のとおりです。 （管理者/サービス提供責任者/訪問介護員/その他） ・資格が必要な職種は、記載した氏名順に資格証等の写しを揃えて添付し、法人代表名及び法人代表社印で原本と相違ない旨を証明して下さい。 ・就業規則（就業規則が無い場合は、雇用契約書等の従業員の勤務時間等の定めが分かるもの）を添付して下さい。 ・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も参考に添付して下さい。 ・その他の注意事項は「参考様式1 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のとおり。 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 職員配置状況表（参考様式1-2） | <ul style="list-style-type: none"> ・同一法人で行う介護保険事業すべてに対して記入してください。 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | サービス提供責任者経歴書（参考様式2） | <ul style="list-style-type: none"> ・当該事業のサービス提供責任者の住所、氏名、電話番号、生年月日、経歴（最終学歴以降のもの）。 ・当該事業に関する資格を、併せて記載して下さい。 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 事業所（施設）の平面図（参考様式3）（参考様式5） | <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の平面図（用途、面積及び備品の位置を明示した、A4判又はA3判のもの）。 ・事業所の外観及び内部の様子がわかる写真をA4の用紙に添付又はデジタルカメラで撮影したものを印刷して下さい。 ・当該事業に係る備品一覧（他の介護サービスと共用する物品についてはその旨明記して下さい。） |

| | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|---|
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 運営規程 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 次の事項について、具体的に定めてください。 <ol style="list-style-type: none"> 1 事業の目的及び運営の方針 2 従業者の職種、員数及び職務の内容 3 営業日及び営業時間 4 指定訪問型サービスの提供方法、内容（身体介護、生活援助等のサービスの内容）及び利用料その他の費用の額 5 通常の事業の実施地域 6 緊急時等における対応方法 7 その他運営に関する重要事項 ・ 営業日及び営業時間については、年間の休日も含めて定めて下さい。 ・ 利用料その他の費用の額については、料金表を添付するなど、具体的に定めて下さい。 ・ 通常の事業の実施地域については、市区町村単位を基本とします。 ・ 施行日は指定日として下さい。 |
| 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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6） | <ul style="list-style-type: none"> ・ 次の事項について、具体的に記載して下さい。 <ol style="list-style-type: none"> 1 利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）・担当者の設置 2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 3 その他参考事項 |
| 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 誓約書 （参考様式9-1-1） | <ul style="list-style-type: none"> ・ 法第115条45の5第2項に該当しないことを誓約する書面を添付してください。 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 取得する加算が無い場合でもご提出ください。 |
| 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 取得しない加算も未記入とせず、「なし」に○を付してください。 |

※使用する法人印はすべて法務局に登録されている法人の代表者印を使用してください。

※書類は特段の定めがない限り、原則として日本工業規格A4判としてください。