

地域密着型サービス事業所 指定(更新)申請に係る添付書類一覧 (チェック用)

新規に指定を受ける場合は、事業開始予定日の2月前までに指定申請を行ってください。

| No. | 添付書類 | 留意事項 | 申請する事業の種類 | | | | 参考様式の有無 |
|-----|---|---|---------------|----------------|--------------------------|---------------|----------------|
| | | | 夜間対応型 訪問介護 | 認知症対応型 通所介護 | 定期巡回・ 随時対応型 訪問介護看護 | 地域密着型 通所介護 | |
| 1 | 付表 | | 付表 1 | 付表 2 | 付表 7 | 付表 9 | 有 |
| 2 | 申請者の登記事項証明書又は条例等 | <input type="checkbox"/> 介護保険に関する事業を実施する旨の記載が必要 | △ | △ | △ | △ | |
| 3 | 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 新規指定の場合： 事業開始月分 更新申請の場合： 指定更新月分 ※申請月分ではありません。 | <次の書類も添付> <input type="checkbox"/> 資格証の写し（全員） <input type="checkbox"/> 職員の採用が分かる書類（雇用契約書などの写し） <input type="checkbox"/> 雇用被保険者証の写し <input type="checkbox"/> 組織図（法人内での当該事業所の位置づけが分かるもの） | ○ | ○ | ○ | ○ | 参考様式 1 |
| 4 | 管理者の経歴書 | <次の書類も添付> <input type="checkbox"/> 認知症介護実践研修「実践者研修」又は「旧基礎研修」修了証の写 <input type="checkbox"/> 認知対応型サービス事業管理者研修修了証の写 | — | △ | — | — | 参考様式 2-1 |
| 5 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 当該事業の専用部分と他の共用部分を色分けする等により、使用関係を分かりやすく表示すること <次の書類も添付> <input type="checkbox"/> 事業所位置図 <input type="checkbox"/> 事業所の外観及び内部の様子や備品が分かる写真 <input type="checkbox"/> 建築建物確認済証写 <input type="checkbox"/> 建物、土地賃貸借契約書写（賃貸借の場合） <input type="checkbox"/> 建物、土地保存登記写（自己所有の場合） | △ | △ | △ | △ | 参考様式 3 4 |
| 6 | 設備・備品等に係る一覧表 | <次の書類も添付> <input type="checkbox"/> 非常災害時の設備、消火器、火災報知機等の写真 <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済証 <input type="checkbox"/> 損害保険証書写し（補償額が分かるもの） | △ | △ | △ | △ | 参考様式 5 |
| 7 | オペレーションセンターサービスの概要（センターを設置しない場合のみ） | | △ | — | △ | — | |
| 8 | 随時訪問サービスの委託先・連携する訪問看護事業所一覧 | | △ | — | △ | — | |
| 9 | 運営規程 | <次の書類も添付> <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 利用契約書 <input type="checkbox"/> 個人情報利用の同意書 | △ | △ | △ | △ | |
| 10 | 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 |
| 11 | サービス提供実施単位一覧表 | | — | △ | — | △ | 参考様式 8 |

地域密着型サービス事業所 指定(更新)申請に係る添付書類一覧 (チェック用)

新規に指定を受ける場合は、**事業開始予定日の2月前までに指定申請を行ってください。**

| No. | 添付書類 | 留意事項 | 申請する事業の種類 | | | | | 参考様式の有無 |
|-----|---|---|-------------|--------------|------------------|----------------------|---------------|-----------------------|
| | | | 小規模多機能型居宅介護 | 認知症対応型共同生活介護 | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 看護小規模多機能型居宅介護 | |
| 1 | 付表 | | 付表 3 | 付表 4 | 付表 5 | 付表 6 | 付表 8 | 有 |
| 2 | 申請者の登記事項証明書又は条例等 | □介護保険に関する事業を実施する旨の記載が必要 | △ | △ | △ | △ | △ | |
| 3 | 特別養護老人ホームの許可証等の写し | | — | — | — | △ | — | |
| 4 | 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 新規指定の場合： 事業開始月分 更新申請の場合： 指定更新月分 ※申請月分ではありません。 | <次の書類も添付> □資格証の写し(全員) □職員の採用が分かる書類(雇用契約書などの写し) □雇用被保険者証の写し □組織図(法人内での当該事業所の位置づけが分かるもの) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 参考様式 1 |
| 5 | 代表者の経歴書 | <次の書類も添付> □認知症対応型サービス事業開設者研修修了証 | △ | △ | — | — | △ | 参考様式 2-4 |
| 6 | 管理者の経歴書 | <次の書類も添付> □認知症介護実践研修「実践者研修」又は「旧基礎研修」修了証の写 □認知対応型サービス事業管理者研修修了証の写 | △ | △ | — | — | △ | 参考様式 2-1 |
| 7 | 計画作成担当者(介護支援専門員)の経歴書 | <次の書類も添付> □認知症介護実践研修「実践者研修」又は「旧基礎研修」修了証の写 □小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修修了証の写 (認知症対応型共同生活介護は除く) | △ | △ | — | — | △ | 参考様式 2-2 又は 2-3 |
| 8 | 事業所の平面図 | □当該事業の専用部分と他の共用部分を色分けする等により、使用関係を分かりやすく表示すること <次の書類も添付> □事業所位置図 □事業所の外観及び内部の様子や備品が分かる写真 □建築建築確認済証写 □建物、土地賃貸借契約書写(賃貸借の場合) □建物、土地保存登記写(自己所有の場合) | △ | △ | △ | △ | △ | 参考様式 3 参考様式 4 |
| 9 | 設備・備品等に係る一覧表 | <次の書類も添付> □非常災害時の設備、消火器、火災報知機等の写真 □消防用設備等検査済証 □損害保険証書写し(補償額の分かるもの) | △ | △ | △ | △ | △ | 参考様式 5 |

| | | | | | | | | |
|----|--|--|---|---|---|---|---|--------------------------|
| 10 | 本体施設の概要、本体施設との間の移動経路及び方法並びにその移動時間 | | — | — | — | △ | — | |
| 11 | 併設する施設の概要 | | — | — | — | △ | — | |
| 12 | 運営規程 | <次の書類も添付> <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 利用契約書 <input type="checkbox"/> 個人情報利用の同意書 | △ | △ | △ | △ | △ | |
| 13 | 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 |
| 14 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容(協定書又は契約書写し) | | △ | △ | △ | △ | △ | |
| 15 | 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・病院等との連携体制及び支援体制の概要 | | △ | △ | — | — | △ | |
| 16 | 介護保険法第78条の2第4項各号又は介護保険法第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 又は 9-2 |
| 17 | 介護支援専門員等一覧表 | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 参考様式 10 |
| 18 | 運営推進会議の構成員 | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 参考様式 11 |

| | | | | | | | | |
|----|----------------------|---|---|---|---|---|---|-----------|
| 19 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 | <次の書類も添付> <input type="checkbox"/> 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス) | △ | △ | △ | △ | △ | 別紙 3-2 |
|----|----------------------|---|---|---|---|---|---|-----------|

○：新規・更新いずれの申請においても、要提出

△：新規申請の際もしくはその後の変更届の際に提出した内容に変更がなければ、更新申請においては省略可

| 担当者連絡先 (申請書類に記載された内容等について、問い合わせに対応いただける担当者名と連絡先をご記入ください。) | | | |
|--|-------|-------|--|
| 事業所名 | | 担当者名 | |
| 連絡先 | TEL : | FAX : | |
| E-mail | | | |

※ 更新を行わない場合又は更新手続きが間に合わない場合には、有効期間の経過により指定の効力を失うこととなりますので注意してください。

※ 別途、個別に関係書類の提出を求める場合があります。

※ この添付書類一覧を申請書類と併せて提出してください。