介護老人保健施設の開設許可更新申請における提出確認票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  | 施設名 |  |
| 申請に関する連絡先 | 担当者職氏名 |  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 必要事項 | **提出書類** | 申請者確認 | 説明、注意事項（＊） | 前橋市介護保険課確認 |
|  ． ． |  ． ． |
| １許可更新申請 | **許可更新申請書** | □ |  |  |  |
| ２事業所詳細情報 | **事業所詳細情報** | □ | ＊変更がある場合は、朱書きで訂正 |  |  |
| **変更届出書** | □ | ＊事業所詳細情報に変更がある場合に添付 |  |  |
| ３付表 | **付表１５****付表９****付表７－２** | □□□ | ＊短期入所療養介護を実施している場合は、付表９も添付＊通所リハビリテーションを実施している場合は、付表７－２（複数単位実施している場合は、付表７－２別紙を含む）も添付 |  |  |
| ４申請者の登記事項証明書又は条例等 | **履歴事項全部証明書****（原本）** | □ | ＊当該事業を実施する旨の記載のあるもの＊申請日において発行から３月以内のもの |  |  |
| **法人設立認可証の写** | □ | ＊認可法人の場合に添付 |  |  |
| **公報の写** | □ | ＊条例の場合に添付 |  |  |
| ５従業者の勤務体制及び勤務形態 | **勤務形態一覧表** | □ | ＊次の職種について、提出月の前月の勤務時間数（４週間分）を記載＊時間外勤務は、勤務時間数に含めないこと＊通所リハビリテーションを実施している場合は、介護老人保健施設と区分して作成**１　介護老人保健施設**①管理者／②医師／③薬剤師／④看護職員／⑤介護職員／⑥支援相談員／⑦理学療法士・作業療法士・言語聴覚士／⑧栄養士／⑨介護支援専門員**２　通所リハビリテーション**①管理者／②医師／③理学療法士・作業療法士・言語聴覚士／④看護職員／⑤介護職員 |  |  |
| **資格を証するものの写** | □ | ＊資格等が必要な職種については、資格証等の写を勤務形態一覧表に氏名を記載した順に揃えて提出＊これまでに資格証等の写を提出したことのある従業者についても、提出が必要 |  |  |
| **事業所の組織体系図** | □ | ＊兼務者がいる場合は、兼務先の事業所・職務内容等がわかるように記載 |  |  |
| **法人の組織体系図** | □ | ＊事業所名、所在地を記載 |  |  |
| **兼務先の勤務形態一覧表** | □ | ＊兼務者がいる場合に添付 |  |  |
| ６介護支援専門員 | **介護支援専門員名簿** | □ | ＊介護支援専門員業務を行っている者のみ記載＊登録番号欄には、平成１８年４月の法改正に伴い付された登録番号を記載 |  |  |
| ７管理者 | **管理者経歴書****（参考様式２又は履歴書）** | □ | 管理者の住所、氏名、電話番号、生年月日、最終学歴以降の経歴、当該事業に関する資格等＊管理者就任、兼務状況もわかるように記載＊介護関係の職歴については、法人名、事業所名、サービス名等を記載 |  |  |
| ８建物の構造概要及び平面図 | **平面図** | □ | 建物全体の平面図及び当該事業に関する平面図＊設備基準を満たしていることが確認できるよう、各室の名称・面積を明示したもの＊Ａ４版又はＡ３版のもの＊専有部分と他との共有部分を色分け |  |  |
| ９施設及び構造設備の概要 | **部屋別施設一覧表** | □ | ＊必要な設備について、内法面積を記載＊各室の名称・面積を平面図と一致させること＊通所リハビリテーションを実施している場合は、通所リハビリテーションの設備についても記載 |  |  |
| 10併設施設の概要 | **併設施設の概要** | □ | ＊併設する施設（病院、診療所、居宅サービス事業所、障害者施設等）がある場合に添付 |  |  |
| 11共用部分における利用計画 | **共用部分における利用計画の概要** | □ | ＊他事業との共用部分がある場合に添付 |  |  |
| 12運営規程 | **運営規程** | □ | ＊運営規程に利用料金が記載されていない場合は、利用料金が確認できるものを添付＊短期入所療養介護又は通所リハビリテーションを実施している場合は、各々のサービスの運営規程も添付 |  |  |
| 13協力病院との契約内容 | **協力病院との契約書又は協定書の写** | □ |  |  |  |
| 14誓約書 | **誓約書** | □ | 介護保険法の欠格事由に該当しない旨の誓約書＊短期入所療養介護又は通所リハビリテーションを実施している場合は、居宅サービス又は介護予防サービスの誓約書も添付 |  |  |
| 15その他指定更新に関し必要と認める事項 | **損害賠償発生時に対応が可能であることがわかる書類（保険証書の写等）** | □ | ＊当該事業所・サービスが対象となることを確認できるもの＊更新手続き中の場合は、継続加入の申込書及び保険料の支払いが確認できるもの（領収書の写等）を添付 |  |  |
| 16介護報酬体制等に関する届出 | **介護給付費算定に係る体制等に関する届出書** | □ |  |  |  |
| **介護給付費算定に係る体制等状況一覧表** | □ |  |  |  |
| 17提出書類の確認 | **提出確認票** | □ | 本票 |  |  |

※　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型とします。

※　受付後、書類の補正、追加提出をお願いすることがあります。