介護予防支援の指定申請における提出確認票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開始（指定）予定日 | 　　年　　月　　日 | 事業所名 |  |
| 申請担当者職・氏名 |  |
| 申請に関する連絡先 | ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 必要事項 | **提出書類** | 申請者☑ 欄 | 説明、注意事項（＊） | 市☑欄 |
|  .　. |
| １指定申請 | **指定申請書** | □ | 法人の所在地・名称、代表者の職名・氏名 |  |
| ２付表 | **付表第二号（十二）** | □ | 前橋市HP掲載様式：付表２－１２ |  |
| ３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＊履歴事項全部証明書（原本）に代えて、登記情報提供サービスにより発行された照会番号付きの会社・法人登記情報を提出することも可とする。この場合は、申請日において発行から　100日以内のもの＊認可法人の場合は、法人設立認可証の写を添付＊条例の場合は公報の写を添付 |  |
| ４従業者の勤務体制及び勤務形態 | **勤務形態一覧表****（標準様式１\_11居宅介護支援）** | □ | 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）＊確保した従業者のみ記載（仮配置は不可）＊複数の職種で勤務する職員については、職種ごとに別々の行に記載すること。 |  |
| **【人員に関する基準】**①◇管理者[常勤・専従]②◇介護支援専門員[１以上] |
| **資格を証するものの写****※人員基準にかかるものに限る** | □ | ＊資格等が必要な職種（◇印）は、該当資格証等の写を、勤務形態一覧表に氏名を記載した順に揃えて提出◇管理者　主任介護支援専門員研修修了証明書◇介護支援専門員介護支援専門員証の写（顔写真が入ったもの） |  |
| **兼務先の勤務形態一覧表****（標準様式１\_XX・いずれか該当サービス）** | □ | ＊兼務者がいる場合に添付（兼務先の事業所名、サービス、職種、勤務時間等を、本申請における事業所の勤務形態一覧表に記載することで省略可） |  |
| ５介護支援専門員 | **介護支援専門員一覧****（標準様式７）** | □ | ＊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 |  |
| ６事業所の平面図 | **平面図****（標準様式３）** | □ | 建物全体の平面図及び当該事業に関する平面図＊設備基準上の名称を付記したうえで、各室の呼称、面積要件のある設備は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＊必要な設備・備品等も記載＊玄関・入口から事務室・相談室等への経路及びトイレ、手洗い等への経路が他事業の専有スペースを通過することがない等、適切な配慮が必要＊相談のためのスペース等は利用者が直接出入りできるなど利用しやすい構造となっていること。また、プライバシーの確保に配慮すること。**【必要な設備】**①事務室②相談・サービス担当者会議等に対応するのに適切なスペース |  |
| ７運営規程 | **運営規程** | □ | ＊次の内容について、具体的かつわかりやすく記載①事業の目的及び運営の方針②従業者の職種、員数及び職務内容③営業日及び営業時間（事業所の開いている日・時間）＊年間の休日などを明確に記載＊サービス対応日・時間が異なる場合は、別に具体的に記載④指定介護予防支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額　 ＊利用者の相談を受ける場所、課題分析の手順等を記載する＊利用料その他の費用の額については、料金表にする等、具体的に記載＊法定代理受領でない場合の利用料や「その他の費用の額」として徴収が認められている額等も記載⑤通常の事業の実施地域＊客観的に特定できるように記載⑥虐待の防止のための措置に関する事項⑦その他運営に関する重要事項＊研修、秘密保持等 |  |
| ８利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | **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）** | □ | ＊次の事項について、具体的かつわかりやすく記載①事業者として、利用者等からの相談・苦情等に対応する常設の窓口（連絡先・受付時間）・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苦情があったサービス事業者に対する対応方針等④その他参考事項 |  |
| ９関係市町村及び保健医療・福祉サービス提供主体との連携の内容 | **関係市町村及び保健医療・福祉サービス提供主体との連携の内容****（参考様式６）** | □ | ＊次の事項について具体的かつわかりやすく記載　 ①関係市町村との連携の内容　　　・サービス提供前の受給資格の確認　　　・居宅サービス計画の作成　　　・利用者に関する通知　　　・事故発生時の対応　　②他の医療機関・福祉サービス提供主体との連携の内容　　　・サービス提供困難時の対応　　　・指定居宅サービス事業者との連携　　　・介護保険施設との連携　　　・事故発生時の対応　　③その他参考事項 |  |
| 10誓約書 | **誓約書（標準様式６）** | □ | 介護保険法の欠格事由に該当しない旨の誓約書 |  |
| 11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** | □ |  |  |
| **該当加算に係る別紙、添付書類** | □ |  |  |
| 12提出書類の確認 | **提出確認票** | □ | 本票＊電子申請システムから申請する際は提出不要 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| その他 | **確　認　事　項** | **申請者****確認欄** |
| 賠償責任保険に加入し、対人対物その他業務にかかる事故が発生した際は保険での対応が可能　（指定前に行なう現地確認の際に、保険証書を確認します） | □ |
| 申請の際に手数料を納付する旨、一度納付した手数料は、申請を取り下げる場合でも返金できない旨を承諾する　（申請書類が全て整い次第、納入通知書をお渡しします） | □ |

※　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。

※　**すべての書類が確認できない場合は、指定申請の受付ができません。**

※　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。

**◎感染症防止対策等により、指定にあたっての現地確認ができない場合には、施設・設備・備品等の**

**写真を求める場合があります。**

＜提出の必要な写真等＞

＊事業所の外観（建物全体）及び必要な設備・備品等が確認できるもの

＊各写真についての説明を記載　（例：○○室）

＊平面図に撮影方向を矢印で明示