３）訪問看護の指定申請における提出確認票【訪問看護ステーションの場合】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  確認 | 説明、注意事項（＊） | 前橋市介護保険課確認 | |
| ． ． | ． ． |
| 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３** | □ |  |  |  |
| 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 |  |  |
| **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 |  |  |
| ４従業者の勤務体制及び勤務形態 | **勤務形態一覧表**  **（参考様式１）** | □ | 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） |  |  |
| **【人員に関する基準】**  ①管理者◇［常勤・専従］  ②看護職員◇  ［常勤換算方法で2.5以上。常勤１名以上。］  ③理学療法士◇、作業療法士◇、言語聴覚士◇  ［適当数］  ④その他の従業者 |
| **資格を証するものの写** | □ | ＊資格等が必要な職種（◇印）は、該当資格証等の写を、氏名を記載した順に揃えて提出  ◇管理者：保健師免許証・看護師免許証の写  ◇看護職員：保健師免許証・看護師免許証・准看護師免許証の写  ◇理学療法士：理学療法士免許証の写  ◇作業療法士：作業療法士免許証の写  ◇言語聴覚士：言語聴覚士免許証の写 |  |  |
| **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 |  |  |
| ５事業所の平面図 | **平面図**  **（参考様式３）** | □ | 建物全体の平面図及び当該事業に関する平面図  ＊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  ＊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 |  |  |
| **【必要な設備】**  ①事務室  ②利用申込の受付、相談等に対応するスペース  ③手指を洗浄するための設備等、感染症予防に必要な設備 |
| **備品一覧表** | □ |  |  |  |
| ６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  ＊サービス提供日・時間が異なる場合は、別に具体的に記載  ④指定（介護予防）訪問看護の内容及び利用料その他の費用の額  ＊利用料その他の費用の額については、料金表にするなどして、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緊急時等における対応方法  ⑦虐待の防止のための措置に関する事項  ⑧その他運営に関する重要事項  ＊研修、秘密保持等 |  |  |
| ７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（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その他参考事項 |  |  |
| ８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 |  |  |
| ９その他指定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  ＊保険証書が用意できない場合は、申込書及び領収書の写を添付 |  |  |
| 10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** | □ |  |  |  |
| **該当体制等に係る別紙、添付書類** | □ |  |  |  |
| 11手数料納付 | **納入通知書兼領収書の写** | □ | （他の書類がすべて整い次第、納入通知書をお渡しします。） |  |  |
| 12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。

※　**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。

**◎指定にあたって、感染症防止対策等により、現地確認できない場合は、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