看護小規模多機能型居宅介護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８** | □ |  |  |  |
| 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）** | □ | 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従業者◇［従業者のうち１以上は常勤の保健師又は看護師］［従業者のうち保健師、看護師又は准看護師が常勤換算方法で2.5以上］［通い及び訪問サービスを提供する従業者のうち1以上は保健師、看護師又は准看護師］

|  |  |
| --- | --- |
| 日中（通い） | 常勤換算方法で利用者３人に対し１以上 |
| 日中（訪問） | 常勤換算方法で2以上 |
| 夜間（夜勤職員） | 時間帯を通じて１以上 |
| 夜間（宿直職員） | 時間帯を通じて必要数 |

［宿泊者がいない場合、訪問サービスのための連絡体制あれば夜間職員の配置不要］③介護支援専門員◇④代表者◇⑤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：認知症対応型サービス事業管理者研修の受講修了証の写◇介護支援専門員：小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講修了証及び介護支援専門員証の写◇代表者：認知症対応型サービス事業開設者研修の受講修了証の写 |  |  |
| **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管理者・介護支援専門員・代表者 | **経歴書****（参考様式２-１）** | □ | 管理者・代表者の住所、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＊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 |  |  |
| ６事業所の平面図及び設備の概要 | **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 |  |  |
| **居室面積一覧****（参考様式４）** | □ | **【設備に関する基準】**◆居間及び食堂［機能を十分に発揮しうる適当な広さ］［通いの定員が１５人を超える場合、利用定員×３㎡以上（内法）］＊当該部分の実測値及び面積計算式を記入◆宿泊室　　［７．４３㎡／室以上の床面積］　　［個室以外の宿泊室は７．４３㎡／人以上必要で、プライバシーを確保すること］◆台所◆浴室◆消防設備その他の非常災害に際して必要な設備◆その他の設備 |  |  |
| **設備・備品一覧表****（参考様式５）** | □ |  |  |  |
| 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＊営業日は３６５日、訪問サービスの営業時間は２４時間と記載＊通いサービス・宿泊サービスはそれぞれの営業時間を記載④指定（介護予防）看護小規模多機能型居宅介護の登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員⑤指定（介護予防）看護小規模多機能型居宅介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⑥通常の事業の実施地域＊客観的に特定できるように記載⑦サービス利用に当たっての留意事項⑧緊急時等における対応方法⑨非常災害対策⑩虐待の防止のための措置に関する事項⑪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（参考様式７）** | □ | ＊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 |  |  |
| ９協力医療機関との契約内容 | **協力医療機関との契約書又は協定書の写** | □ | 利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に連絡する協力医療機関（歯科を含む）と、あらかじめ取り交わしたもの |  |  |
| 10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 | **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** | □ | ＊次の事項について、具体的かつわかりやすく記載　　　①退居者に対するサービス提供確保のための連携・支援体制　　　②夜間における緊急時の対応のための連携・支援体制　　　③その他参考事項 |  |  |
| 11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 |  |  |
| 12介護支援専門員 | **介護支援専門員名簿****（参考様式１０）** | □ | ＊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 |  |  |
| 13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＊保険証書を用意できない場合は、申込書及び領収書の写を添付 |  |  |
| **運営推進会議の構成員****（参考様式１１）** | □ | 氏名、構成区分及び職名等を記載＊構成区分：利用者・利用者の家族・地域住民の代表者・地域の医療関係者・当該事業について知見を有するもの＊市の職員または地域包括支援センターの職員については個人名は記載せず、構成区分に「市の職員」、職名等に「介護保険課長（地域包括支援センター長）」と記載＊運営連携推進会議の開催月を記載 |  |  |
| 14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** | □ |  |  |  |
| 15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。） |  |  |
| 16老人福祉法に基づく届出 | **老人居宅生活支援事業開始届** | □ |  |  |  |
| 17提出書類の確認 | **提出確認票** | □ | 本票 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 他法令 | **確　認　事　項** | **申請者****確認欄** |
| 建築基準法に適合しているか（既存建物を使用する場合でも、用途変更の手続きや改修工事が必要となる場合がある） | □ |
| 消防法に適合しているか | □ |

※　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