認知症対応型通所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２-１**  **付表２-２** | □ | ＊単独型・併設型は付表２－１  ＊共用型は付表２－２ |  |  |
| 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）  ＊単位ごとに作成 |  |  |
| **【人員に関する基準】**  **１．単独型・併設型**  ①管理者［常勤・専従］◇  ②生活相談員◇  ［提供日ごとに、（生活相談員のサービス提供時間内の勤務時間数の合計）÷（サービス提供時間）が１以上］  ③看護職員又は介護職員◇  ［単位ごとに専従１以上］  ［単位ごとに常時１人以上］  ［単位ごとに（看護職員又は介護職員のサービス提供時間内の勤務時間数の合計）÷（サービス提供時間）が１以上］  ④機能訓練指導員◇［１以上］  ⑤その他の従業者  **２．共用型**  　利用者・入居者・入所者の数と共用型指定認知症対応型通所介護の利用者の合計数について、それぞれの事業所・施設の人員基準を満たすために必要な数以上 |
| **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（研修について、経過措置及びみなし措置あり）  ◇生活相談員：社会福祉主事の任用資格を有することの証明、社会福祉士登録証・精神保健福祉士登録証・介護福祉士登録証の写、同等以上の能力を有することの証明（実務経験証明書）  ◇看護職員：看護師免許証・准看護師免許証の写  ◇機能訓練指導員：理学療法士免許証・作業療法士免許証・言語聴覚士免許証・看護師免許証・准看護師免許証・柔道整復師免許証・あん摩マッサージ指圧師免許証・はり師免許証・きゅう師免許証の写  ＊研修については、経過措置及びみなし措置あり |  |  |
| **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 | **管理者経歴書**  **（参考様式２-１）** | □ | 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 |  |  |
| ６生活相談員  ★生活相談員が社会福祉主事、社会福祉士、精神保健福祉士又は介護福祉士以外の場合 | **生活相談員経歴書**  **（参考様式２-１）** | □ | 生活相談員の住所、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  ＊生活相談員就任、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 |  |  |
| **生活相談員実務経験証明書（参考様式２-２）** | □ |  |  |  |
| ７機能訓練指導員  ☆機能訓練指導員がはり師又はきゅう師の場合 | **機能訓練指導員経歴書**  **（参考様式２-１）** | □ | 機能訓練指導員の住所、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  ＊機能訓練指導員就任、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 |  |  |
| **機能訓練指導員実務経験証明書（参考様式２-２）** | □ |  |  |  |
| ８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】**  ◆専用の事業所（１の建物につき１の事業所）  ◆食堂及び機能訓練室  ［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  ◆静養室  ◆相談室（相談内容が漏洩しないように配慮）  ◆事務室  ◆浴室（入浴介助体制加算を算定する場合）  ◆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・備品等一覧**  **（参考様式５）** | □ |  |  |  |
| ９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  ＊延長サービスを行う場合は、延長サービスを行う時間を明記  ④指定（介護予防）認知症対応型通所介護の利用定員  ⑤指定（介護予防）認知症対応型通所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 |  |  |
| 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 | **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 |  |  |
| 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その他指定に関し必要と認める事項 | **年間行事計画** | □ | 外出行事・イベント等 |  |  |
| **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 |  |  |
| 13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** | □ |  |  |  |
| 14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。） |  |  |
| 15老人福祉法に基づく届出 | **老人居宅生活支援事業開始届** | □ |  |  |  |
| **老人デイサービスセンター設置届** | □ |  |  |  |
| **土地及び建物に係る権利関係を明らかにすることができる書類** | □ | ＊登記事項証明書、賃貸借契約書等 |  |  |
| 16宿泊サービスに関する届出 | **宿泊サービスの実施に関する開始届出書** | □ | ＊指定認知症対応型通所介護事業所の設備を利用した、夜間及び深夜の宿泊サービス（いわゆる、お泊まりデイサービス）を提供する場合に添付 |  |  |
| 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 | □ |

**注１※確保すべき介護職員の勤務延時間数の計算式**

単位ごとに確保すべき勤務延時間数＝{（利用者数－１５）÷５＋１}×平均提供時間数

＊平均提供時間数＝利用者ごとの提供時間数の合計÷利用者数

※　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