９－１）短期入所療養介護の指定申請における提出確認票【療養病床を有する病院・診療所が実施する場合】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開始（指定）予定日 | 　　年　　月　　日 | 施設名 |  |
| 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９** | □ |  |  |  |
| 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病院の使用許可証、診療所の使用許可証又は届出書 | **病院の使用許可証の写****診療所の使用許可証又は届出書の写** | □ | ＊病院の場合は、使用許可証の写＊診療所の場合は、使用許可証又は届出書の写 |  |  |
| ５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・短期入所用）** | □ | 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） |  |  |
| ＊医療法の規定により必要とされる数の配置が必要①管理者［常勤・専従］②医師◇③薬剤師◇④看護職員◇⑤介護職員⑥栄養士◇⑦理学療法士又は作業療法士◇⑧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◇医師：医師免許証の写◇薬剤師：薬剤師免許証の写◇看護職員：看護師免許証・准看護師免許証の写◇栄養士：栄養士免許証・管理栄養士免許証の写◇理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士：理学療養士免許証・作業療法士免許証・言語聴覚士免許証の写 |  |  |
| **施設の組織体系図** | □ | ＊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建物の構造概要及び平面図 | **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 |  |  |
| ７設備の概要 | **部屋別施設一覧表****（参考様式４）** | □ | ＊部屋別に内法面積を記載＊病室については、面積計算式を記入＊各室の名称を平面図と一致させること |  |  |
| **設備等に係る項目一覧表****（参考様式５）** | □ | ＊必要な設備について、設備基準上適合すべき項目についての実態を説明 |  |  |
| ８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指定（介護予防）短期入所療養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④通常の送迎の実施地域＊客観的に特定できるように記載⑤施設利用に当たっての留意事項⑥非常災害対策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＊身体拘束の際の手続、研修、秘密保持等 |  |  |
| ９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施設として、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 |  |  |
| 10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 |  |  |
| 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** | □ |  |  |  |
| **該当体制等に係る別紙、添付書類** | □ |  |  |  |
| 12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。） |  |  |
| 13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）が確認できるもの

＊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