２）訪問入浴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** | □ |  |  |  |
| 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◇[１以上]  ③介護職員[２以上]  ④看護職員及び介護職員のうち常勤１以上  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  ◇看護職員：看護師免許証・准看護師免許証の写 |  |  |
| **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 |
| ６設備及び備品の概要 | **備品一覧表** | □ | ＊当該事業において使用する設備及び備品について具体的に記載（浴槽、車両、感染予防に関するものも含む） |  |  |
| **訪問入浴車の車検証の写** | □ |  |  |  |
| 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）訪問入浴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サービス利用に当たっての留意事項  ⑦緊急時等における対応方法  ⑧虐待の防止のための措置に関する事項  ⑨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 |  |  |
| 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と、あらかじめ取り交わしたもの  ＊協力医療機関は、当該事業所の通常の実施地域内にあることが望ましいこと |  |  |
| 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 |  |  |
| 12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** | □ |  |  |  |
| 13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。） |  |  |
| 14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

＊訪問入浴車の写真（車両の外装（車両全体）及び内部の設備・備品が確認できるもの）