８－１）短期入所生活介護（従来型）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８－１又は８－２****又は８－３** | □ | ＊単独型の場合は付表８－１＊空床利用型又は併設型の場合は付表８－２ |  |  |
| 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本体施設の開設許可証 | **本体施設の開設許可証等の写** | □ | ＊空床利用型又は併設型の場合に添付 |  |  |
| 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） |  |  |
| **【人員に関する基準】**①管理者［常勤・専従］②医師◇［１人以上］③生活相談員◇［常勤換算方法で、利用者数が100又はその端数を増すごとに１以上］［利用定員21人以上の場合は、うち常勤１人以上］④介護職員又は看護職員◇［常勤換算方法で、利用者数が３又はその端数を増すごとに１以上］［利用定員21人以上の場合は、それぞれ常勤１人以上］⑤栄養士◇［１人以上］⑥機能訓練指導員◇［１人以上］⑦調理員その他の従業者［適当数］ |
| **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◇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◇栄養士：栄養士免許証・管理栄養士免許証の写◇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 |  |  |
| **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 |  |  |
| 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）** | □ | 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）** | □ |  |  |  |
| 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）** | □ | 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９）** | □ |  |  |  |
| ８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 |  |  |
| ９設備の概要 | **部屋別施設一覧表****（参考様式４）** | □ | ＊次の設備について、内法面積を記載＊居室、食堂及び機能訓練室については、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 |  |  |
| **【設備に関する基準】**①居室［定員４人以下］［１人当たり10.65㎡以上］②食堂［合計面積が利用定員×３㎡以上］③機能訓練室④浴室⑤便所⑥洗面設備⑦医務室⑧静養室⑨面談室⑩介護職員室⑪看護職員室⑫調理室⑬洗濯室又は洗濯場⑭汚物処理室⑮介護材料室⑯事務室その他の運営上必要な設備⑰廊下幅［片廊下1.8ｍ以上、中廊下2.7ｍ以上］⑱消防設備その他の非常災害に際して必要な設備 |
| **設備等に係る項目一覧表****（参考様式５）** | □ | ＊上記の設備について、設備基準上適合すべき項目についての実態を説明 |  |  |
| 10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利用定員［20人以上（特養併設型を除く）］＊空床利用型の場合は記載不要④指定（介護予防）短期入所生活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⑤通常の送迎の実施地域＊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非常災害対策⑨虐待の防止のための措置に関する事項⑩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 |  |  |
| 11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 |  |  |
| 12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 |  |  |
| 13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 |  |  |
| 14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）** | □ | ＊当該事業所が対象となることを確認できるもの＊保険証書の写を用意できない場合は、申込書及び領収書の写を添付 |  |  |
| 15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** | □ |  |  |  |
| 16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。） |  |  |
| 17老人福祉法に基づく届出 | **老人居宅生活支援事業開始届** | □ |  |  |  |
| **老人短期入所施設設置届** | □ |  |  |  |
| **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 |  |  |
| 18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