総合事業指定（更新）申請提出書類チェックシート

対象：第１号訪問事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 書類問合せ先担当者  所属・氏名 |  | 問合せ先  TEL |  |
| E-mail | @ | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 確認欄  ✓ | 申請必要書類 | 様式名等 | 注意事項等 |
| **１** | □ | **提出書類チェックシート** |  | この書類 |
| **２** | □ | **介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定(更新)申請書** | 様式  第１号 |  |
| **３** | □ | **第1号訪問事業者の指定に係る記載事項** | 付表１ |  |
| **４** | □ | **登記事項証明書** |  | 直近3か月以内に発行されたもの |
| **５** | □ | **事業所位置図** |  |  |
| **６** | □ | **事業所平面図** | 参考  様式３ |  |
| **７** | □ | **事業所の写真（カラー推奨）** |  | Ａ4用紙に貼りつけて提出してください。（カラープリンタによる印刷可）  写真が必要な個所  ・事務室、相談室、外観 |
| **８** | □ | **経歴書** | 参考  様式１ | 管理者・サービス提供責任者の経歴書を提出してください。 |
| **９** | □ | **運営規程** |  | 留意事項をご確認ください。 |
| **１０** | □ | **利用契約書及び重要事項説明書** |  |  |
| **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** | 参考  様式４ |  |
| **１２** | □ | **従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表** | 参考  様式２ | ・提出日の前月分の実績を記載してください。  ・他事業と兼務する従業員がいる場合は、他事業におけるその従業員のシフトも表も添付してください。（複数の職種を兼務している場合、職種ごとに勤務時間を区別して明確に記載してください。）  ・提出日の前月の日ごとの利用者の実人数を記入してください。介護職員の配置基準が満たされているかを確認します。 |
| **１３** | □ | **資格者証の写し** |  | ・管理者及び従業者のうち、当該職務に従事するために資格が求められる者全員の資格者証の写しを添付してください。（合格証書は不可） |
| 番号 | 確認欄  ✓ | 申請必要書類 | 様式名等 | 注意事項等 |
| **１４** | □ | **申請者が欠格事由に該当しない旨の誓約書** | 参考  様式５ |  |
| **１５** | □ | **サービス提供責任者の配置基準に係る利用者の数** | 右に  記入 | ・申請書提出日前３ヶ月の利用者数の平均を下記へ記載してください。  ・　　　　　　　人（　　月～　月の平均）  ※通院乗降介助に該当するもののみを利用した者の当該月における利用者については、０．１人として計算すること。  ・同一事業所にて、通常規模の訪問型サービス又は障害の訪問サービス（居宅介護等）を行っている場合は、サービスの利用者数の平均を下記へ記載してください。  （通常規模）　　　　（障害の訪問サービス）  ・　　　　人　　　　　・　　　　　人 |
| **１６** | □ | **常勤職員が１週間に勤務すべき時間数** | 右に記入 | ・雇用契約、就業規則等で定められた勤務時間  により記載してください。  　常勤の勤務時間数　　　　時間 |
| **１７** | □ | **当該申請に係る第１号事業支給費の請求に関する事項** |  | ・葛󠄀城市介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書  ・葛󠄀城市介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表  ○加算がある場合  ・処遇改善加算届出書（介護職員処遇改善計画書）  ・サービス提供体制強化加算に関する届出書 |

**【留意事項】**

**※白抜き数字の書類については、新規申請の際もしくはその後の変更届の際に提出した内容に変更がなければ、更新申請時省略可となります。**

**※必要な書類はすべて揃っていますか。**

**※各書類に、事業者名やサービス種類は正しく記入されていますか。**

**※運営規程は変更しなければならない点はありますか。**

**（よくある運営規程の変更）**

**・利用料について**

**平成３０年度から介護保険サービスの利用者負担の割合が１～３割に変わりました。「１割とする」と表記している場合は、「利用者負担割合の額とする」と改めてください。**

**・サービスの種類について**

**平成３０年度から介護予防訪問介護と介護予防通所介護は、総合事業に移行しました。「介護予防訪問介護」「介護予防通所介護」という表記が運営規程に含まれている場合は改めてください。**

**・職員の員数、営業日、営業時間について**

**シフト表と比べて矛盾がないか確認してください**

**・附則について**

**運営規程を変更するたびに、変更日が分かるように附則を付け足してください。**

**・「業務継続計画の策定」「感染症の予防及びまん延の防止のための措置」「虐待の防止に係る措置」についての記述があるか確認してください。**

**※　別途、個別に関係書類の提出を求める場合があります。**

**※　書類一式は、写しをとり、事業所で保管してください。**