

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 新規指定及び指定更新申請書類チェックシート

印刷

添付書類の漏れがないよう、備考欄をよく読み、確認欄の事業者の列にチェックを入れてください。

申請者名

| No. | 項目 | 新規指定 | 指定更新 | 確認欄 | | 備考 |
|-----|--|------|------|----------------|---|---|
| | | | | 事業者 | 市 | |
| 1 | 申請書 | ○ | ○ | | | 新規指定：第1号様式 更新申請：第6号様式 |
| 2 | 付表 | ○ | ○ | | | 付表4 |
| 3 | 登記事項証明書又は条例等 | ○ | (○) | | | 登記事項証明書は、申請日の3か月以内に取得した現在事項全部証明書の原本 |
| 4 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧 | ○ | ○ | | | 参考様式1 |
| | | | | | | ①管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間（4週間分）を記載しているか。 |
| | | | | | | ②職種別に区分して記載しているか。 ※事業所内で兼務している場合、職種ごとに記載 |
| | | | | | | ③勤務時間の凡例が記載されているか。 |
| | | | | | | ④職種、勤務形態が記載されているか。 |
| 5 | 従業者の資格証の写し | ○ | ○ | | | ①サービス提供等に必要な資格がある場合、資格証（写）を添付しているか。 |
| | | | | | | ②資格証と姓が違う場合、同一人物であることが確認できるものが添付されているか。（例）戸籍の写し、免許証の表裏の写し（裏書がある場合） |
| 6 | 管理者の経歴 | ○ | ○ | | | 参考様式2-1 ・「認知症対応型サービス事業管理者研修」等の修了証の写し |
| 7 | 代表者の氏名、生年月日、住所及び経歴 ※法人代表者と指定認知症対応型共同生活介護事業者の代表者が違う場合に提出 | △ | (△) | | | 参考様式2-2 ・「認知症対応型サービス事業開設者研修」等の修了証の写しを添付 |
| 8 | 平面図 | ○ | (○) | | | 参考様式3 ・各区分の用途・面積を明示すること |
| 9 | 設備・備品等一覧表 | ○ | (○) | | | 参考様式4 サービス提供上配慮すべき設備（静養室、相談室等）及び消防法上の用途区分に応じて必要な消防用設備の概要 |
| 10 | 事業所外観及び内部の写真 ※市から依頼があった場合のみ提出 | ※○ | ※○ | | | 外観：事業所を正面から撮影したもの 内部：平面図に記載した区分ごとに撮影したもの ※重複するもの（トイレ等）はどこか1か所 |
| 11 | 運営規程 | ○ | ○ | | | ※次の内容が具体的かつ分かりやすく記載されているか。 |
| | | | | | | ①事業の目的及び運営の方針 |
| | | | | | | ②従業者の職種、員数及び職務の内容 |
| | | | | | | ③利用定員 |
| | | | | | | ④指定認知症対応型共同生活介護の内容及び利用料その他の費用の額 |
| | | | | | | ⑤入居に当たっての留意事項 |
| | | | | | | ⑥非常災害対策 |
| | | | | ⑦その他運営に関する重要事項 | | |
| 12 | 利用契約書 | ○ | ○ | | | |
| 13 | 重要事項説明書 | ○ | ○ | | | |
| 14 | 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5 ※次の内容を具体的かつ分かりやすく記載しているか。 |
| | | | | | | ①利用者及び家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）及び担当者 ※窓口には市、国民健康保険団体連合会等も記載する。 |
| | | | | | | ②円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制及び手順 |
| | | | | | | ③その他参考事項 |

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 新規指定及び指定更新申請書類チェックシート

| No. | 項目 | 新規指定 | 指定更新 | 確認欄 | | 備考 |
|-----|--------------------------------------|------|------|-----|---|---|
| | | | | 事業者 | 市 | |
| 15 | 協力医療機関との契約の内容 | ○ | (○) | | | 協定書等の写し |
| 16 | 協力歯科医療機関との契約の内容 | ○ | (○) | | | 協定書等の写し |
| 17 | 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要 | ○ | (○) | | | |
| 18 | 欠格要件に該当しないことを誓約する書面 | ○ | ○ | | | 参考様式6 ・誓約書の日付が記載されているか |
| 19 | 介護支援専門員の氏名及び登録番号 | ○ | ○ | | | 参考様式7 ・介護支援専門員証(写) ・「認知症介護実務者研修基礎課程」又は「認知症介護実践者研修」の修了証(写) |
| 20 | 申請に係る事業に係る損害賠償保険証書の写し(直近のもの) | ○ | ○ | | | 申込み中の場合は、申込書の写し。 ※保険証書が届き次第、保険証書の写しを提出すること。 |
| 21 | 介護給付費算定に係る体制届出書 | ○ | ○ | | | 別紙3-2 |
| 22 | 介護給付費算定に係る体制等状況表 | ○ | ○ | | | 別紙1-3 別紙12-11(サービス提供体制強化加算を算定する場合) |

注意事項:()は指定申請時から変更があった場合にのみ提出してください。

※○は市から依頼があった場合に提出してください。