**特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業者の申請に必要な書類一覧(チェックリスト)**

※申請書類及び添付書類の漏れがないかご確認ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | |
| 事業所名 |  | | |
| 担当者名 |  | 電話番号 |  |
| メールアドレス |  | | |

| No. | □欄 | 提　　出　　書　　類 | 備　考 | 市確認欄 | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| / | / |
| 1 | □ | **審査手数料納付後の「領収証書」（金融機関領収印のあるもの）**  ・納付書は申請時に福祉指導監査室の窓口にてお渡しします。  ・申請受付は、手数料が納付されたことが確認できてから行います。 | **原本（コピー後お返しします）** |  |  |
| 2 | □ | **介護保険事業者指定申請書**  □法人名称・所在地及び代表者の職名・氏名・住所は法人登記事項証明書に記載通りの表記で記入してください。 | 様式第１号 |  |  |
| 3 | □ | **（介護予防）特定施設入居者生活介護事業者の指定に係る記載事項**  □主な指示事項は運営規程と一致していますか。 | 付表１１ |  |  |
| 4 | □ | **特定施設入居者生活介護事業所指定に係る意見書の写し**  ・上記３の付表１１と照合します。 |  |  |  |
| 5 | □ | **施設の設置届の写し**  □有料老人ホーム設置届出書の１・２枚目（施設の概要の分かる部分）を添付してください。 |  |  |  |
| 6 | □ | **法人登記事項証明書**  □申請に係る事業を実施する旨の記載があることが必要です。  □３か月以内発行の原本。 |  |  |  |
| 7 | □ | **従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表**  □管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数（４週間分）を記載してください。  □兼務する場合は、それぞれとしての勤務時間を確保するため、時間を分けて記載（２段に分けて記載する等）してください。  □生活相談員は常勤換算方法で総利用者数が100又はその端数を増すごとに１人以上配置していますか。  □介護職員又は看護職員の合計数は、常勤換算方法で、総利用者数が３又はその端数を増すごとに１人以上となっていますか。  □介護職員のうち1人以上は常勤ですか。  □看護職員ついて、30人を超えない場合は１以上。  　利用者数が30人を超える場合は、１に総利用者数が30を超えて50又はその端数を増すごとに１を加えて得た数以上。  □計画作成担当者は１名以上（利用者の数が100又はその端数を増すごとに１を標準とする。）置いていますか。  □機能訓練指導員は１名以上置いていますか。 | 参考様式１ |  |  |
| 8 | □ | **従業者（生活相談員、看護職員、機能訓練指導員、計画作成担当者（介護支援専門員））の資格を証明するものの写し** |  |  |  |
| 9 | □ | **当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧** | 参考様式１３ |  |  |
| 10 | □ | **組織体制図**  □管理者や従業者が他の事業の職務を兼ねる場合は、兼務関係が明確に分かるように作成してください。  □法人役員が事業所の職務に従事する場合は、「勤務時間中は、職務に専従する」旨を記載してください。 | 参考資料1 |  |  |
| 11 | □ | **平面図**  □事業所名称  □当該事業に使用する箇所（事務室・相談室・手指洗浄の場としての洗面所・駐車場等）のレイアウト、各部屋の使用用途及び面積、備品（ナースコール・手すり等）の配置が分かるように作成してください。写真の撮影方向も明示してください。 | 参考様式３ |  |  |
| 12 | □ | **写真**  □事業所の外観（入口等が利用者にとってわかりやすいもの）及び上記平面図で示した箇所の内部の広さや設備・備品等の配置状況がわかる写真をＡ４用紙にカラー印刷（２in１・両面可）し、上記平面図に撮影方向を明示した上で添付してください。  □事務室…机・イスについては、内勤の職員分は必ず必要。  □鍵付書庫…扉部分がガラスの場合は、ファイルの個人名が見えないように紙やシートを貼る。 施錠確認のため鍵を差した状態で撮影してください。  □相談室…プライバシー保護のため、原則個室。無理な場合は、パーテーションによる区画でも可能（相談者の顔が見えないように仕切りは、一定の高さが必要。カーテンの仕切りでも可能。）室内には、最低テーブル1個、イス2脚が必要。  □手指洗浄…洗面設備。感染症予防のため共用タオルは不可。消毒・液体石鹸等が必要。  □看板　　　□居室　　　□食堂・機能訓練室  □ナースコール（居室・トイレ・脱衣室・浴室・一時介護室）  □トイレの外部解錠　　　□脱衣室ののれん　　　□湯温の設定  □転落防止・徘徊防止　　　□段差解消部分  ※下記１４「設備・備品等一覧表」記載の数が確認できるように撮影してください。 |  |  |  |
| 13 | □ | **居室面積等一覧表** |  |  |  |
| 14 | □ | **設備・備品等一覧表**  □事業所に備え付けの設備及び備品一覧（品名・数量）を記載してください。 | 参考様式５ |  |  |
| 15 | □ | **案内図**  □最寄駅から事業所までの案内図（事業所名・所在地・連絡先・最寄駅からの所要時間を記載したもの）を作成してください。パンフレット等を作成しており、上記の項目が記載されている場合は、それを添付していただいても結構です。 |  |  |  |
| 16 | □ | **賃貸借契約書の写し**（事業所が法人所有でない場合）  □法人名で契約し、契約期間に事業開始日が含まれていることが必要になります。また、自動更新の条項があること、使用目的（居住用不可）について確認します。 |  |  |  |
| 17 | □ | **建物の建築検査済証の写し**  （新築の場合、または建築確認が必要な「増改築」「大規模の修繕・模様替え」を行った場合）  ・主要用途について確認します。 |  |  |  |
| 18 | □ | **建築基準法の規定による用途変更手続きが完了した旨の書類の写し等**  □確認済証（既存建物で「用途変更」が必要とされた場合） |  |  |  |
| 19 | □ | **防火対象物使用開始届出書の写し**（新築物件以外）  □消防署の届出済印がありますか。  □裏面（２枚目）防火対象物棟別概要（明細部分）が必要です。  （下記１９「消防用設備等検査済証」がある場合は不要）  ・主要用途について確認します。 |  |  |  |
| 20 | □ | **消防用設備等検査済証の写し**（ある場合のみ） |  |  |  |
| 21 | □ | **運営規程**  □参考資料５－１１を参考にして作成してください。 | 参考資料５－１１ |  |  |
| 22 | □ | **利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要**  □常設の窓口（事業所のTEL・FAX番号、受付時間・曜日）を記載してください。  □担当者名を記載してください。  □苦情処理台帳の整備について明記していますか。 | 参考様式６ |  |  |
| 23 | □ | **誓約書** | 参考様式９【共通】 |  |  |
| 24 | □ | **事業計画書**  □従業者等の予定人員は、運営規程と一致していますか。 |  |  |  |
| 25 | □ | **収支予算書**  □事業開始から１年間（１年間で黒字化しない場合は次年度分も必要）。  □人件費の内訳が、運営規程の人員と一致していますか。 |  |  |  |
| 26 | □ | **損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類**  □保険に加入している場合は、損害賠償責任保険証書の写し。手続き中の場合は、申込書と領収書。  □申請事業が保険の対象と分からない場合は、保険のパンフレットの添付が必要です。  □契約期間が事業開始日（営業時間、サービス提供開始時間）を含んでいますか。 |  |  |  |
| 27 | □ | **協力医療機関との契約書の写し**  □法人名で契約していますか。  □契約期間が事業開始日を含んでいますか。また、更新条項はありますか。 |  |  |  |
| 28 | □ | **介護給付費算定に係る体制等に関する届出**  □**届出書（別紙２）** □**体制等状況一覧表（参考様式8-33、35、27）**  □**必要書類**※「介護給付費算定に係る体制等の届出について」をご確認ください。  （※取得する加算の算定要件は必ずご確認ください。）  □介護職員職処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算を算定する場合は、別紙介護職員職処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算提出書類一覧兼チェックシートをご確認ください。 |  |  |  |
| 29 | □ | **業務管理体制に係る届出書**  □提出要　※指定事業所が吹田市にのみ所在する事業者 | 第１号様式 |  |  |
| 30 | □ | **社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票** | 別紙１ |  |  |

※資格証・契約書等の「写し」となっている書類について、申請者の代表者名での原本証明は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| **資産状況に係る確認事項** | □運転資金（事業開始から３カ月間分の職員の給与や家賃等）は確保できていますか。 |