**訪問入浴介護・介護予防訪問入浴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 | □ | **指定（許可）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。 | 様式第一号（一） |  |  |
| 3 | □ | **訪問入浴・介護予防訪問入浴介護事業者の指定に係る記載事項**  □主な掲示事項は運営規程と一致していますか。 | 付表第一号（二） |  |  |
| 4 | □ | **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 |  |  |  |
| 5 | □ | **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。  □居宅サービス・予防サービス同時申請の場合  　　看護職員１名以上　介護職員２名以上　うち１名以上は常勤  □予防サービスのみ申請の場合  　　看護職員１名以上　介護職員１名以上　うち１名以上は常勤 | 参考様式１ |  |  |
| 6 | □ | **従業者（看護職員）の資格を証明するものの写し** |  |  |  |
| 7 | □ | **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、兼務関係が明確にわ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 |  |  |
| 8 | □ | **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等）のレイアウト、備品の配置及び各部屋の面積がわ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 |  |  |
| 9 | □ | **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。  □訪問入浴車…ナンバー及び設備が入ったもの。  □看板  ※下記１０「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。 |  |  |  |
| 10 | □ | **設備・備品等一覧表**  □事業所に備え付けの設備（駐車場及び訪問入浴車を含む。）及び備品一覧（品名・数量）を記載してください。 | 参考様式５ |  |  |
| 11 | □ | **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・最寄駅からの交通手段及び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。 |  |  |  |
| 12 | □ | **訪問入浴車両検査証の写し**  ・車検証の使用目的について確認します。  □リースは〇・レンタルは×（所有者＝リース会社名・使用者＝法人名） |  |  |  |

| No. | □欄 | 提　　出　　書　　類 | 備　考 | 市確認欄 | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| / | / |
| 13 | □ | **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です。  ・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。  □入浴車用の駐車場　（　あり　・　なし　） |  |  |  |
| 14 | □ | **駐車場賃貸借契約書の写し（別に駐車場を確保する場合）**  □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。  　※法人所有の場合は不要。 |  |  |  |
| 15 | □ | **管理規約の写し**（分譲マンションや公団等マンションの一画に事業所を置く場合）  ・使用目的（居住用不可）について確認します。 |  |  |  |
| 16 | □ | **運営規程**  □参考資料５－２を参考にして作成してください。 | 参考資料５－２ |  |  |
| 17 | □ | **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TEL・FAX、受付時間・曜日）について記載してください。  □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 |  |  |
| 18 | □ | **誓約書** | 参考様式９【共通】 |  |  |
| 19 | □ | **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。 |  |  |  |
| 20 | □ | **介護給付費算定に係る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  □**加算添付書類**※「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。 | 別紙２ |  |  |
| 21 | □ | **協力医療機関との契約内容**  □医療機関との契約書の写しを添付してください。 |  |  |  |
| 22 | □ | **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 |  |  |
| 23 | □ | **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。 |