**訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション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。□老人保健施設併設の場合、同一名称かつ事業所番号に相違ないですか。 | 様式第一号（一） |  |  |
| 3 | □ | **訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項**□管理者は、本体施設管理者と同一ですか。□主な指示事項は運営規程と一致していますか。 | 付表第一号（四） |  |  |
| 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。 | 参考様式１ |  |  |
| 6 | □ | **従業者（医師、理学療法士、作業療法士、言語療法士）の資格を証明するものの写し** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | □欄 | 提　　出　　書　　類 | 備　考 | 市確認欄 |
| / | / |
| 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 |  |  |
| 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 |  |  |
| 9 | □ | **写真**□事業所の外観（入口等が利用者にとって分かりやすいもの）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 |  |  |  |
| 10 | □ | **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。 |  |  |  |
| 11 | □ | **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。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。 |  |  |  |
| 12 | □ | **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。 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | □欄 | 提　　出　　書　　類 | 備　考 | 市確認欄 |
| / | / |
| 13 | □ | **運営規程**□参考資料５－４を参考にして作成してください。 | 参考資料５－４ |  |  |
| 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**□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 |  |  |
| 15 | □ | **誓約書** | 参考様式９【共通】 |  |  |
| 16 | □ | **病院の使用許可証、診療所の使用許可証又は開設届書の写し**（病院・診療所の場合）□申請・届出内容について確認します（申請書・届出書の添付要）。 |  |  |  |
| 17 | □ | **開設許可証及び変更申請許可証の写し**（介護老人保健施設の場合）□申請・届出内容について確認します（申請書・届出書の添付要）。 |  |  |  |
| 18 | □ | **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。 |  |  |  |
| 19 | □ | **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（別紙２）　　□介護給付費算定に係る体制等状況一覧表□**加算添付書類**※居宅サービス等の加算届のサービス種類ごとの提出書類一覧をご確認ください。（取得する加算の算定要件は必ずご確認ください） | 別紙２ |  |  |
| 20 | □ | **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 |  |  |
| 21 | □ | **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。 |