**介護予防支援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。 | 様式第二号（一） |  |  |
| 3 | □ | **指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項**  □指定居宅介護支援事業者が指定介護予防支援事業の指定を受ける場合、管理者は主任介護支援専門員の資格がありますか。  □主な指示事項は運営規程と一致していますか。 | 付表第二号（十二） |  |  |
| 4 | □ | **当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧** | 参考様式14 |  |  |
| 5 | □ | **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 |  |  |  |
| 6 | □ | **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。  □常勤の介護支援専門員は１人以上配置していますか。 | 参考様式１ |  |  |
| 7 | □ | **介護支援専門員の資格を証明するものの写し**  □有効期間を確認します。  □主任介護支援専門員の場合は、その証明証と有効期間もあわせて確認します。 | ※１  ※２ |  |  |
| 8 | □ | **管理者経歴書**  □住所、氏名、電話番号、生年月日、主な職歴等を記載してください。  □事業開始日以降の経歴も記載してください。 | 参考様式２  ※２ |  |  |
| 9 | □ | **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 |  |  |
| 10 | □ | **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・会議室等）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  ※２ |  |  |
| 11 | □ | **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分かる写真を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4脚が必要。  □会議室…4名以上で利用が可能であり、サービス担当者会議等の内容が漏えいしないよう相談室と同様の配慮がされていることが必要。（相談室との兼用可）  □看板 | ※２ |  |  |
| 12 | □ | **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。 | ※２ |  |  |

| 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。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。 | ※１  ※２ |  |  |
| 14 | □ | **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。 | ※１  ※２ |  |  |
| 15 | □ | **運営規程**  □参考資料５－２２を参考にして作成してください。 | 参考資料  ５－２２ |  |  |
| 16 | □ | **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。  □苦情があったサービス事業者に対する対応方針等の記載  □苦情処理台帳について整備が明記していますか。 | 参考様式６  ※２ |  |  |
| 17 | □ | **誓約書** | 参考様式９【共通】 |  |  |
| 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（介護予防支援） |  |  |  |
| 20 | □ | **関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容** | 参考様式15  ※２ |  |  |
| 21 | □ | **吹田市以外の事業所が申請する場合**  **事業所所在地の市町村が発行した居宅介護支援事業の指定書の写し** |  |  |  |

※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。

※２　居宅介護支援事業者の吹田市指定を受けている者が申請する場合、変更がなければ提出不要です。