**認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護事業者の指定申請に係る添付書類一覧**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　名 | 担　当　者　名 | 連絡先電話番号 | ＦＡＸ番号 |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項  番 | 申請  者確  認欄 | 受付  者確  認欄 | 書　類　名 | 説　　　　明 |
| 1 | □ | □ | 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護事業者の指定申請に係る添付書類一覧　（本書類） | □申請者確認欄に☑をし、添付書類に漏れがないようにし、番号順に提出してください。 |
| 申請書 | □ | □ | (1) 第１号様式  ＜指定申請書＞ | □申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日及び住所  □事業所の名称及び所在地  □当該申請する事業等の開始予定年月日 |
| □ | □ | (2) 指定に係る記載事項  （付表２－１又は付表２－２） | □事業所の名称及び所在地  □管理者の氏名、生年月日及び住所  □従業員の人数  □主な掲示事項 |
| □ | □ | (3) 付表２－１又は付表２－２ | □２単位以上実施する場合 |
| 2 | □ | □ | 自主点検表兼現地調査確認表 | □必ず自主点検表により確認を行ってください。 |
| 3 | □ | □ | (1) 申請者の定款、寄附行為等 | □認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）を実施する旨の記載のあるものを添付してください。 |
| □ | □ | (2) その全部事項証明書の原本（指定を受けようとする日から前3月以内に発行されたもの） | □他の事業所の申請書に原本が添付されており、同時に申請書を提出する場合は、コピーの添付も可 |
| 4 | □ | □ | (1) 事業所の平面図  （併設事業所型の場合、併設本体施設の平面図を含む） | □各室の用途、寸法、面積（内のり）及び出入口や廊下の箇所、幅等を記載してください。  ※平面図は事業所名を記載し建築図面等、縮尺が正確な図面を使用してください。 |
| □ | □ | (2) 事業所の写真 | □事業所の主要部分や各室（備品、外観を含む）、非常口（誘導灯を含む）の様子が分かるカラー写真を提出してください。  □原則、直接Ａ４用紙にプリントしたもので、Ａ４用紙一枚当たり10カット以内の大きさとしてください。  □平面図に写真を撮った位置・方向等が分かるように写真の番号と矢印を記入してください。 |
| □ | □ | (3) 付近見取図 |  |
| □ | □ | (4) 建物配置図 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項  番 | 申請  者確  認欄 | 受付  者確  認欄 | 書類名 | 説　　　　明 |
| 5 | □ | □ | 法人代表者等経歴書  （参考様式２、２－１） | □代表者、管理者及び従業者のすべての者について提出してください。 |
| 6 | □ | □ | 運営規程 | □次の事項について具体的に定めてください。  　(1) 事業の目的及び運営の方針  　(2) 従業者の職種、員数及び職務内容  　(3) 営業日、営業時間  　(4) 利用定員  　(5) 指定認知症対応型通所介護の内容及び利用料その他の費用の額  　(6) 通常の事業の実施地域  　(7) サービス利用に当たっての留意事項  　(8) 緊急時等における対応方法  　(9) 非常災害対策  　(10) 利用者等の虐待の防止のための措置  　(11) その他運営に関する重要事項 |
| 7 | □ | □ | 重要事項説明書 | □利用者が説明を受けるとともに同意したことが明らかになる文言が望ましい。 |
| 8 | □ | □ | 契約書一式 |  |
| 9 | □ | □ | 個人情報の利用に関する同意書 | □利用者の家族の代表及び続柄の記載欄を設けること。 |
| 10 | □ | □ | 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７） | □苦情処理に係る対応方針等を具体的に記載してください。また、苦情解決責任者、苦情受付担当者、連絡先も具体的に記載してください。 |
| 11 | □ | □ | (1) 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表　（別紙７－２） | □原則として事業開始月について、勤務形態一覧表を作成してください。 |
| □ | □ | (2) 当該サービス事業所に係る組織体制図 | □様式については、特に定めがありません。  ※指揮命令系統が分かるもの。 |
| □ | □ | (3) 従業者一覧表  　（参考様式１－４） | □従業者（管理者を含む）全員について、従業者一覧表により資格種別、勤務形態、研修名、配属年月日等を記入してください。 |
| □ | □ | (4) 免許証等の写し | □介護保険関連の資格を有する者については、免許証等の写しを添付してください。  □従業者一覧表の順に並べて提出してください。 |
| □ | □ | (5) 研修の修了証書の写し | □指定を受ける際に修了することとなっている研修の修了証書の写しを添付してください。  ※「認知症対応型サービス事業開設者研修」「認知症対応型サービス事業管理者研修」等 |
| □ | □ | (6) 雇用契約書等の写し | □雇用契約書（写）など従業者との雇用関係及び勤務条件を確認できる書類を添付してください。  □継続雇用者で新規事業所に異動する従業者については、異動辞令を併せて添付してください。  □役員で雇用関係にない従業者については、事業所での勤務形態等が確認できる書類を添付してください。  □従業者一覧表の順に並べて提出してください。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項  番 | 申請  者確  認欄 | 受付  者確  認欄 | | | 書類名 | 説　　　　明 | |
| 12 | □ | □ | | | (1) 当該申請に係る事業に係る資産の状況 | * 損害賠償保険証書の写し、貸借対照表、残高証明等を提出してください。   ※原則として損害賠償保険証書の写しを提出してください。 | |
| □ | □ | | | (2) 設備・備品等一覧表  （参考様式５） |  | |
| 13 | □ | □ | | | 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容 | □協力医療機関及び協力歯科医療機関との契約書等の写しを添付してください。 | |
| 14 | □ | □ | | | (1) 当該申請に係る法第78条の2第4項各号及び法115条の12第2項各号に該当しない旨の誓約書（参考様式９－１、９－２） | □当該申請に係る法第78条の2第4項各号及び法115条の12第2項各号に該当しない旨の誓約書を添付してください。 | |
| □ | □ | | | (2) 役員等名簿  （参考様式９－１、９－２） | □役員等の範囲  A　業務を執行する社員・取締役又はこれらに準ずる者  B　相談役、顧問役等の名称を有するかどうかは問わず、Aと同等以上の支配力を有すると認められる者  C　事業所の管理者 | |
| 15 | □ | □ | | | 運営推進会議の構成員  （参考様式１１） |  | |
| 16 | □ | □ | | | 建物又は事業所の使用権原を証明することのできる書類 | | □建物又は事業所を賃借している場合は建物の賃貸借契約書の写し、所有している場合は建物の登記事項証明書を提出してください。 |
| 17 | □ | □ | | | 建築検査済証の写し | |  |
| 18 | □ | □ | | | 消防検査済証の写し | |  |
| 19 | □ | | □ | 自主点検表（消防法令関係）  （参考様式１３） | | | □必ず自主点検表により確認を行ってください。 |
| 20 | □ | □ | | | (1) 土砂災害警戒区域・特別警戒区域図（Ａ4版で縮尺1/500～1/3,000程度） | | □図面は下記のURLから表示し、提出してください。  URL:www.sabo.pref.hiroshima.lg.jp/  　　土砂災害ポータルひろしま  □事業所の場所を明確にしておくこと。 |
| □ | □ | | | (2) 「土砂災害危険箇所図（Ａ4版で縮尺1/1,500～1/3,000程度）」 | |
| 21 | □ | □ | | | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書、体制等状況一覧表 | □各加算に必要な添付書類を添付してください（※指定申請書に添付されている書類については、添付は不要です。）。 | |
| 22 | □ | □ | | | 審査手数料の領収書の写し | □Ａ４の用紙にコピーしてください。 | |

注）　１　用紙の大きさは、原則としてＡ４判としてください。