**地域密着型通所介護の指定に係る提出書類確認表**

臼杵市高齢者支援課

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 必要書類 | 摘要 | 新規 | 更新 |
| ① | 提出書類確認表 | （本確認表） |  |  |
| ② | 指定申請書（様式第二号一） | 備考を参照し、必要事項を記載してください。 |  |  |
| ③ | 指定更新申請書（様式第二号二） | 備考を参照し、必要事項を記載してください。 |  |  |
| ④ | 変更届出書　※（様式第二号四） | 備考を参照し、必要事項を記載してください。 |  |  |
| ⑤ | 事業所の指定に係る記載事項（付表第二号三） | 備考を参照し、必要事項を記載してください。 |  |  |
| １ | 申請者の登記事項証明書又は条例等 | ①現在事項全部証明書の原本を添付してください。②条例にあっては、公布したものの写しを添付してください。 |  | △ |
| ２ | 従業者の勤務の体制及び勤務形態（標準様式１） | ①＜備考＞を参照のうえ、勤務形態一覧表を作成してください。②「職種」欄には「管理者」、「介護従業者」、「看護職員」、「介護支援専門員」等記載してください。 |  |  |
| ３ | 事業所の平面図（標準様式３） | ①事業所の各室の用途及び面積を明示した平面図を添付してください。（食堂・機能訓練室、静養室、相談室、事務室等）②他の事業と共用で使用する室等がある場合は、専用部分、共用部分の色分けをするなど当該事業を行うための区画を明確にしてください。 |  | △ |
| ４ | 運営規程 | 以下を参照の上、作成してください。（参考）運営規程において定めるべき事項（臼杵市条例参照）（１）事業の目的及び運営の方針（２）従業者の職種、員数及び職務の内容（３）営業日及び営業時間（４）利用定員（５）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）苦情処理に関する事項（１１）虐待防止に関する事項（１２）その他運営に関する重要事項 |  | 　 |
| ５ | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（標準様式５） | 必要事項を記載し、苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。 |  | △ |
| ６ | 誓約書（標準様式６） | 申請者が誓約内容を確認したうえで、作成してください。 |  |  |
| ７ | 消防法上の検査済証等 | 消防法に基づく検査済証等の写しを添付してください。 |  | △ |
| ８ | 暴力団排除条例に伴う誓約書 | 申請者が誓約内容を確認したうえで、作成してください。 |  |  |
| ９ | 請求に関する書類（別紙１-３）（別紙３-２） | ・介護給付費算定に係る体制等に関する届出書＜指定事業者用＞・介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 |  |  |
| １０ | 重要事項説明書 | 利用申込者又はその家族への説明にあたり、サービスの概要、従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等を記載した説明書等を作成してください。 |  |  |
| １１ | 業務管理体制に係る届出（地域密着型サービスのみ運営の場合） | 臼杵市内において、地域密着型サービスのみを運営する場合に届出が必要となります。 |  |  |

△印の書類については、事前に届け出ているものに変更がなければ省略可

※事業所の写真については、市が施設等に事前確認に行けない場合のみ添付願います。