

☆指定(更新)申請 提出書類チェック表 「(介護予防)認知症対応型共同生活介護」

※事業所の平面図以外は全てA4紙とし、下記記載の順で提出してください。

番号	添付書類	様式	チェック項目
1	提出書類チェック表	本紙	<input type="checkbox"/> 全ての項目と申請書類を確認、チェックを入れているか
2	指定(更新)審査手数料納付書の写し ※後日提出		<input type="checkbox"/> 領収済印のある領収書控えをA4紙にコピーしているか
3	指定(更新)申請書	様式第1号	<input type="checkbox"/> 申請者名称、代表者職氏名、住所が登記簿謄本と一致しているか <input type="checkbox"/> 実施事業に誤りはないか、指定年月日、事業所番号に誤りはないか <input type="checkbox"/> 事業所名称、所在地、電話番号が付表、運営規程と一致しているか <input type="checkbox"/> 申請日を記載しているか
4	付表(事業所の指定に係る記載事項)	付表4	<input type="checkbox"/> 人員は勤務形態一覧表、運営規程と一致しているか
5	申請者の定款、寄付行為等		<input type="checkbox"/> 申請を行う事業を実施する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 定款と登記事項証明書の商号、所在地が一致しているか
6	登記事項証明書(登記簿謄本)		<input type="checkbox"/> 登記事項証明書は、申請日前3ヵ月前までに発行されたものか
7	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 ※提出月直近の確定分	参考様式1	<input type="checkbox"/> ユニットごとに提出しているか <input type="checkbox"/> 管理者、従業員全員の4週間分の毎日の勤務時間数を記載しているか <input type="checkbox"/> 日々の勤務時間、職種、兼務関係、常勤・非常勤が明らかか <input type="checkbox"/> 賃金台帳と同月のものになっているか <input type="checkbox"/> 兼務がある場合は、それぞれの時間を按分して記載しているか <input type="checkbox"/> 管理者は常勤か <input type="checkbox"/> 計画作成担当者は担当ユニット外の業務に従事していないか <input type="checkbox"/> 介護従業者のうち1人以上は常勤か <input type="checkbox"/> 夜間及び深夜の時間帯について記載しているか(昼間の時間帯) <input type="checkbox"/> 介護従業者は利用者の数が3又はその端数を増すごとに常勤換算方法で1以上か <input type="checkbox"/> 常時1人以上の介護従業者が確保されているか(夜間及び深夜の時間帯) <input type="checkbox"/> 1ユニットにつき1名以上の夜勤職員を配置しているか(宿直勤務を除く)
8	組織体制図		<input type="checkbox"/> 同一場所における全ての事業について作成しているか <input type="checkbox"/> 従業者の氏名が記入されているか(兼務関係がわかるか)
9	(新規指定の場合) 社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票	別紙様式	<input type="checkbox"/> 加入している場合はそれを証明できる書類の写しを添付しているか
	(指定更新の場合) 賃金台帳 ※提出月直近の確定分		<input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表と同月のものになっているか <input type="checkbox"/> 管理者及び配置されている全従業員分が記載されているか
10	代表者の経歴書(代表者が必要とされる研修の修了証)	参考様式2-1	<input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業開設者研修修了証の写しを添付しているか <input type="checkbox"/> 介護保険施設等の従業員として認知症である者の介護に従事した経験又は保健医療サービスもしくは福祉サービスの経営に携わった経験を有しているか <input type="checkbox"/> 氏名、住所、電話番号、主な職歴に誤りはないか <input type="checkbox"/> 申請時までの経歴が省略なく記載されているか
11	管理者の経歴書(管理者が必要とされる研修の修了証)	参考様式2-2	<input type="checkbox"/> 3年以上認知症である者の介護に従事した経験があるか <input type="checkbox"/> 認知症介護実践研修修了証及び認知症対応型サービス事業管理者研修修了証の写しを添付しているか <input type="checkbox"/> 氏名、住所、電話番号、主な職歴に誤りはないか <input type="checkbox"/> 申請時までの経歴が省略なく記載されているか
12	計画作成担当者の経歴書(計画作成担当者が必要とされる研修の修了証)	参考様式2-3	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践研修(又は基礎課程)修了証の写しを添付しているか <input type="checkbox"/> 氏名、住所、電話番号、主な職歴に誤りはないか <input type="checkbox"/> 申請時までの経歴が省略なく記載されているか
13	事業所の平面図(写真等)		<input type="checkbox"/> 居室、居間、食堂、台所、浴室等事業に使用する箇所及び備品の配置及び面積がわかるように記載しているか <input type="checkbox"/> 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備(消火器、火災通報装置、スプリンクラー、非常口等)の設置位置を記載しているか <input type="checkbox"/> 複合施設の場合は、専用部分がわかるようにした施設全体の平面図を提出しているか <input type="checkbox"/> 居室は他の居室と明確に区分され、面積が7.43㎡以上あるか
14	設備・備品等に係る一覧表	参考様式4	<input type="checkbox"/> 消防設備その他の非常災害に際して必要な設備が記載されているか

15	建物に係る証明（検査済証、不動産登記簿等）		<input type="checkbox"/> 建築基準法における検査済証 <input type="checkbox"/> ①建築物 ※増築・改修・用途変更した場合はその際の実確認済証及び工事完了届 <input type="checkbox"/> ②エレベーター（ある場合） <input type="checkbox"/> 消防法における消防用設備等検査済証 <input type="checkbox"/> 不動産登記簿（自己所有の場合） <input type="checkbox"/> 賃貸借契約書及び賃料支払が確認できる書類（賃貸の場合）
16	運営規程		<input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務内容 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型共同生活介護の内容及び利用料その他の費用の額 <input type="checkbox"/> 入居に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項（生命・身体保護のため緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う場合の手続）
17	重要事項説明書		<input type="checkbox"/> 運営規程の概要 <input type="checkbox"/> 勤務体制 <input type="checkbox"/> 苦情相談窓口、苦情を処理するために講じる措置の概要 <input type="checkbox"/> 事故発生時の対応 <input type="checkbox"/> 秘密保持 <input type="checkbox"/> その他利用者のサービスの選択に資する重要事項（利用料含む）
18	利用契約書		<input type="checkbox"/> 介護サービスの内容 <input type="checkbox"/> 契約解除の条件について、利用者、事業者双方の定めがあるか <input type="checkbox"/> 個人情報の利用について利用者及び利用者家族（代理人）からの同意を得る旨の記載をしているか
19	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6	<input type="checkbox"/> 利用者からの相談又は苦情に対応する常設の窓口・担当者の設置（担当者名や連絡先） <input type="checkbox"/> 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 <input type="checkbox"/> その他参考事項 <input type="checkbox"/> 保険者、国保連、公的機関の相談窓口 ※市：大野城市役所長寿支援課介護サービス担当 092-580-1860 ※国保連：福岡県国民健康保険団体連合会 092-642-7859 ※福岡県運営適性化委員会〔福岡県社会福祉協議会〕 092-915-3511
20	決算報告書（貸借対照表、損益計算書等）※法人全体、事業所		<input type="checkbox"/> 直近年度のものか <input type="checkbox"/> 法人全体、事業所ごとの直近の決算状況がわかる書類をそれぞれ提出しているか
21	損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類		<input type="checkbox"/> 損害賠償保険証書の写し又は損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類（契約手続き中の場合は申込書及び領収書の写し）を添付しているか
22	協力（歯科）医療機関との契約書の写し		<input type="checkbox"/> 契約書に夜間・休日等緊急時対応、入院対応の記載があるか
23	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要		<input type="checkbox"/> ユニットからの退去者に対するサービス提供確保のための連携・支援体制について記載しているか <input type="checkbox"/> 夜間における緊急時の対応等のための連携・支援体制について記載しているか ※施設との契約内容又は協議の内容を記載した書面があれば添付する
24	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項（介護給付費算定に係る体制等状況一覧表、その他加算要件該当確認書類）	別添	<input type="checkbox"/> 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書は正確に記載しているか <input type="checkbox"/> 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表は正確に記載しているか <input type="checkbox"/> 加算要件チェックリストは添付しているか <input type="checkbox"/> チェックリスト記載の添付資料は漏れなく添付しているか
25	誓約書（介護保険法第78条の2第4項各号及び第115条の12第2項各号）	参考様式8-1	<input type="checkbox"/> 申請者名称、代表者職氏名、住所、申請日を記載しているか <input type="checkbox"/> 法人代表者印を押印しているか <input type="checkbox"/> 両面印刷しているか
26	大野城市暴力団排除条例に関する誓約書及び同意書	別紙様式	<input type="checkbox"/> 申請者名称、代表者職氏名、住所、申請日を記載しているか <input type="checkbox"/> 法人代表者印を押印しているか <input type="checkbox"/> 両面印刷しているか
27	役員等名簿	別添	<input type="checkbox"/> 全ての役員について記載、押印があるか <input type="checkbox"/> 当該事業所の管理者を記載しているか <input type="checkbox"/> 氏名のふりがなを記載しているか
28	介護支援専門員の氏名及び登録番号（介護支援専門員証の写し）	参考様式9	<input type="checkbox"/> 氏名、登録番号は正確に記載しているか <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の写し（A4紙にコピー）を添付しているか
29	運営推進会議の構成員	参考様式10	<input type="checkbox"/> 氏名、構成区分、職名等について正確に記載しているか ※市職員については、職名のみでも可。
30	事業所のパンフレット		<input type="checkbox"/> 作成している場合は提出