

指定(更新)申請に係る提出書類一覧

琴平町訪問型サービス

※提出書類の該当欄に「○」を付けてください。

事業所名 \_\_\_\_\_

番号	書類	申請する事業の書類		様式	備考
		予防相当	訪問型A		
	本票(申請書類確認票)				<input type="checkbox"/> 本票により、提出書類を確認してください。
申請書	介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定(更新)申請書			様式第1号	
	訪問型サービス事業者の指定に係る記載事項			付表1	
1	法人登記事項証明書又は条例				<input type="checkbox"/> 3か月以内に発行されたものの原本又は写しを添付してください。
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表			参考様式1	
	組織体制図			任意様式	<input type="checkbox"/> 様式はありませんので、法人内での兼務関係が分かるものを作成してください。
	資格証				<input type="checkbox"/> 写しを添付してください。
	雇用契約書等				<input type="checkbox"/> 雇用契約書、辞令等の写しを添付してください。
3	事業所のサービス提供責任者の経歴書			参考様式2	
4	事業所の平面図、位置図			参考様式3	<input type="checkbox"/> 平面図に、事業を行う区画のうち専用部分は赤で、共用部分は黄で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 平面図には部屋の名称を記入してください。 <input type="checkbox"/> 位置図は、事業所の場所が確認できる地図等にマーカー等で印をしてください。
	外観及び内部の様子が分かる写真				<input type="checkbox"/> 必要に応じて写真を添付してください。
5	運営規程				次の内容の記載があること。 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 介護予防訪問介護相当サービス又は訪問型サービスAの内容及び利用料その他の費用の額 5 通常の事業の実施地域 6 緊急時等における対応方法 7 その他運営に関する重要事項
6	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	
7	損害賠償保険証書				<input type="checkbox"/> 写しを添付してください。損害賠償保険証書が間にあわない場合は、申し込み状況が分かる書類を添付し、後日証書の写しを添付してください。
8	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行う施設の名称・所在地				<input type="checkbox"/> 所在地以外で行わない場合は、不要です。
9	誓約書(介護保険法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する書面)			参考様式9-1-④	
10	土地及び建物の登記事項証明書				<input type="checkbox"/> 土地・建物を所有している場合、原本又は写しを添付してください。
11	賃貸借契約書				<input type="checkbox"/> 土地・建物を賃借している場合、写しを添付してください。
12	社会保険及び労働保険への加入状況に係る確認票			別紙1	

13	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書			様式あり	
14	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表			様式あり	
15	各加算に対応する様式、添付書類等			様式一部あり	

記入担当者連絡先	
事業所名 /	
担当者名 /	
連絡先(電話番号) /	(FAX番号) /

指定(更新)申請に係る提出書類一覧

琴平町通所型サービス

※提出書類の該当欄に「○」を付けてください。

事業所名 \_\_\_\_\_

番号	書類	申請する事業の書類		様式	備考
		予防相当	通所型A		
	本票(申請書類確認票)				<input type="checkbox"/> 本票により、提出書類を確認してください。
申請書	介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定(更新)申請書			様式第1号	
	通所型サービス事業者の指定に係る記載事項			付表2	
1	法人登記事項証明書又は条例				<input type="checkbox"/> 3か月以内に発行されたものの原本又は写しを添付してください。
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表			参考様式1	
	組織体制図			任意様式	<input type="checkbox"/> 様式はありませんので、法人内での業務関係が分かるものを作成してください。
	資格証				<input type="checkbox"/> 写しを添付してください。
	雇用契約書等				<input type="checkbox"/> 雇用契約書、辞令等の写しを添付してください。
3	事業所の平面図、位置図			参考様式3	<input type="checkbox"/> 平面図に、事業を行う区画のうち専用部分は赤で、共用部分は黄で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 平面図には部屋の名称を記入してください。 <input type="checkbox"/> 位置図は、事業所の場所が確認できる地図等にマーカー等で印をしてください。
	外観及び内部の様子が分かる写真				<input type="checkbox"/> 必要に応じて写真を添付してください。
	設備及び備品概要			参考様式5	<input type="checkbox"/> 設備及び備品を記入してください。
4	運営規程				次の内容の記載があること。 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 介護予防通所介護相当サービス又は通所型サービスAの利用定員 5 介護予防通所介護相当サービス又は通所型サービスA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 サービス利用にあたっての留意事項 8 緊急時等における対応方法 9 非常災害対策 10 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			参考様式6	
6	損害賠償保険証書				<input type="checkbox"/> 写しを添付してください。損害賠償保険証書が間にあわない場合は、申し込み状況が分かる書類を添付し、後日証書の写しを添付してください。
7	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行う施設の名称・所在地				<input type="checkbox"/> 所在地以外で行わない場合は、不要です。
8	誓約書(介護保険法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する書面)			参考様式9-1-④	
9	土地及び建物の登記事項証明書				<input type="checkbox"/> 土地・建物を所有している場合、原本又は写しを添付してください。
10	賃貸借契約書				<input type="checkbox"/> 土地・建物を賃借している場合、写しを添付してください。
11	建築基準法の規定による建築検査済証、消防用設備等検査済証(消防用設備等検査が義務付けられていない場合は消防立入検査結果通知書で可)				<input type="checkbox"/> 写しを添付してください。
12	社会保険及び労働保険への加入状況に係る確認票			別紙1	

13	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書			様式あり	
14	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表			様式あり	
15	各加算に対応する様式、添付書類等			様式一部あり	

記入担当者連絡先	
事業所名	/
担当者名	/
連絡先(電話番号)	/ (FAX番号) /