申請書チェックリスト　総合事業「訪問型サービス現行相当」

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | | | 年　　月　　日申請 | | |  | |
| 申請（開設）者名称： | | |  | | | | |
| 指定事業所名称： | | |  | | | | |
| 担当者氏名： | | |  | | | | ＴＥＬ： |
| ＦＡＸ： |
|  | | | | | | | |
|  | 提出書類 | 様式等 | | チェック項目 | | | |
| □ | 中間市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者指定・更新申請書 | 第1号様式 | | □ | 印鑑は、法人印を使用しているか | | |
| □ | 申請者名称、代表者の職名、氏名、住所が法人登記簿謄本（履歴事項全部証明書）と一致しているか | | |
| □ | 事業所名称、所在地、電話番号が付表１及び運営規程と一致しているか | | |
| □ | 日付が記載されているか | | |
| □ | 指定申請をする事業の事業開始年月日の欄に、新規指定の場合は「事業開始年月日」を、指定更新の場合には「指定更新日」を記載しているか | | |
| □ | 第１号事業者【訪問型サービス(現行相当)・訪問型サービスＡ】の指定に係る  記載事項 | 付表１ | | □ | 事業所の名称、所在地が申請書と一致しているか | | |
| □ | 管理者の氏名、住所が誓約書と一致しているか | | |
| □ | 管理者の他職種兼務の有無、また有りの場合、その職名、勤務時間等を記載しているか | | |
| □ | 訪問介護員等の勤務形態ごとの人数が運営規程と一致しているか | | |
| □ | 訪問介護員等の数は基準を満たしているか（常勤換算2.5以上） | | |
| □ | 営業日、営業時間、祝日の営業の有無、その他年間の休日は、運営規程と一致しているか | | |
| □ | 通常の事業の実施地域が運営規程と一致しているか | | |
| □ | 申請者の定款、寄付行為等及び、登記簿謄本（履歴事項全部証明書） 又は条例等 |  | | □ | 申請事業を実施する旨の記載があるか  (例）介護保険法による介護予防・日常生活支援総合事業第１号通所事業等 | | |
| □ | 申請事業を実施する旨の記載があるか | | |
| □ | 定款の裏面に原本証明を行ったか  ※原本証明には日付、法人名、代表者の職名、代表者氏名の記載が必要 | | |
| □ | 法人登記簿謄本（履歴事項全部証明書）は、３カ月以内に発行を受けた原本が添付されているか。  ※同時に他の事業所の更新申請等を行った場合については、一部を原本その他は原本証明を行ったコピーでも可能 | | |
| □ | 運営規程 | ※中間市所定の様式の使用を推奨 | | □ | サービス名称が、「総合事業訪問型サービス(現行相当）」になっているか | | |
| □ | 事業の目的、運営方針の記載があるか（※総合事業が含まれているか） | | |
| □ | 従業者の職種、員数の記載は有るか | | |
| □ | 営業日、営業時間、年間の休日の記載は有るか | | |
| □ | 利用料金、その他費用の記載は有るか(地域単価10.00)　※利用者負担額1割～3割の記載はあるか | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 提出書類 | 様式等 | チェック項目 | | |
|  | 運営規程  ・・・前項続き |  | □ | 通常事業実施地域の記載は有るか | |
| □ | 研修計画の記載は有るか（研修計画書別添でも可） | |
| □ | 緊急時及び事故発生時の対応について記載はあるか | |
| □ | 従業者の守秘義務について記載されているか | |
| □ | 苦情対応について記載はあるか | |
| □ | 感染症対策について記載があるか | |
| □ | 業務継続計画について記載があるか | |
| □ | 虐待の未然防止について記載があるか | |
| □ | 記録の保存期間は５年で記載しているか | |
| □ | 重要事項説明書  契約書 |  | □ | サービス名称が、「総合事業訪問型サービス(現行相当）」になっているか | |
| □ | 内容は、運営規程との整合性が確保されているか | |
| □ | 必要な重要事項が記載されているか | |
| □ | 事業所の概要 |
| □ | 営業日、営業時間、年間の休日 |
| □ | サービスの内容 |
| □ | 利用料その他の費用の額(地域単価10.00)※利用者負担額1割～3割の記載はあるか |
| □ | サービス利用に当たっての留意事項 |
| □ | 個人情報の取り扱い |
| □ | 緊急時及び事故発生時の対応 |
| □ | 家族の個人情報を用いる際の同意欄はあるか |
| □ | 苦情対応について記載はあるか |
| □ | 感染症対策について記載があるか |
| □ | 業務継続計画について記載があるか |
| □ | 虐待の未然防止について記載があるか |
| □ | 記録の保存期間は５年で記載しているか |
| □ | 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５ | □ | 利用者からの相談、苦情を処理に対応する常設の窓口、担当者を設置しているか | |
| □ | 円滑、迅速に苦情処理を行うための体制及び手順を整備しているか | |
| □ | 事業所、市町村、国民健康保険団体連合会の相談窓口を記載しているか  中間市（093-246-6283）国保連合会（092-642-7859） | |
| □ | 介護保険法第115条の45の５第２項の規定に該当しない旨の誓約書 | 参考様式７ | □ | 法人所在地及び名称、代表者の職名、氏名を記載し、法人印を押印しているか | |
| □ | 誓約書の日付を記載しているか | |
| □ | 法人役員・事業所管理者名簿 | 参考様式７‐２ | □ | 全ての役員等について正確に記載されているか | |
| □ | 当該事業所の管理者についても記載されているか | |
| □ | 中間市暴力団排除条例に関する誓約書及び同意書 | 別記様式（第６条関係） | □ | 法人所在地及び名称、代表者の職名、氏名を記載し、法人印が押印されているか | |
| □ | 誓約書の日付が記載されているか | |
| □ | 役員全員の氏名及び、当該事業所管理者の氏名が正確に記載されているか | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 提出書類 | 様式等 | チェック項目 | |
| □ | 介護予防・日常生活支援総合事業費算定にかかる体制等状況一覧表 | 参考様式８ | □ | 事業所名称を記載しているか |
| □ | 事業所番号を記載しているか |
| □ | 算定内容が正しく記載されているか |
| □ | 指定訪問介護に係る指定通知書の写し |  | □ | 既に指定を受けている事業所の場合、訪問介護の指定通知書の写しの添付はあるか  ※訪問介護の新規指定と同時に総合事業の指定を受ける場合については不要 |