申請書チェックリスト　総合事業「通所型サービス（現行相当）」

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | | 令和　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２、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【通所型サービス(現行相当)・通所型サービスＡ】の指定に係る  記載事項 | | 付表２ | □ | 事業所の名称、所在地が申請書と一致しているか | | | | | |
| □ | 食堂及び機能訓練室の合計面積が基準（３㎡×利用定員以上）を満たしているか | | | | | |
| □ | 単位別従業者欄、運営規程の従業者数と整合性が取れているか | | | | | |
| □ | 下記の項目が運営規程と一致しているか | | | | | |
|  | □ | | | 利用定員 | | |
| □ | | | 営業日、営業時間 | | |
| □ | | | サービス提供時間 | | |
| □ | | | その他の年間の休日 | | |
| □ | | | 通常の事業実施地域 | | |
| □ | 人員基準について | | 付表２ | □ | 定員１０名以下の事業所に該当する場合、以下の要件を満たしているか | | | | | |
| □ | | 介護職員又は看護職員を、営業日ごとにサービス提供時間を通じて専ら配置しているか（営業日ごとに、当該指定通所介護を提供している時間帯に看護職員又は介護職員が勤務している時間数の合計数を提供単位時間数で除して得た数が１以上か） | | | |
| □ | | 生活相談員、介護職員又は看護職員が常勤か | | | |
| □ | | 機能訓練指導員を配置しているか | | | |
| □ | 定員１０名以上の事業所に該当する場合以下の要件を満たしているか | | | | | |
| □ | | 生活相談員・介護職員を、営業日ごとにサービス提供時間を通じて専ら配置しているか | | | |
| □ | | 看護職員を単位ごとに専ら１以上配置しているか（看護職員を病院等との連携により確保している場合は、契約書等を添付する） | | | |
| □ | | 介護職員の数が基準を満たしているか | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 提出書類 | 様式等 | チェック項目 | | | |
|  | 人員基準について  （・・・続き） | 付表２ |  | □ | | 営業日ごとに、当該指定通所介護を提供する時間帯に介護職員が勤務している時間数の合計数を、当該指定通所介護を提供する時間数（「提供単位時間数」）で除して得た数が利用者数に対応した所要数以上確保されているか  （例）利用定員11～15名→１以上  利用定員16～20名→２以上  以下、利用定員が５名増えるごとにこの数を１以上追加すること |
| □ | | 機能訓練指導員を配置しているか |
| □ | 申請者の定款、寄付行為等及び、法人登記簿謄本（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  ※当面の間「通所介護事業」「介護予防通所介護事業」の記載でも可能 | | |
| □ | 定款は原本証明があるか  ※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、「総合事業通所型サービス(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 | | |
| □ | 利用者の定員、従業者の職種、員数の記載は有るか | | |
| □ | 営業日、営業時間の記載は有るか | | |
| □ | 利用料金、その他費用の記載は有るか (地域単価10.00)  （※利用者負担割合１割～３割の費用額を記載） | | |
| □ | 通常事業実施地域及び、それ以外の地域への送迎費 | | |
| □ | 研修計画の記載は有るか（研修計画書別添でも可） | | |
| □ | 非常災害対策について記載があるか | | |
| □ | 緊急時及び事故発生時の対応について記載があるか | | |
| □ | 従業者の守秘義務について記載があるか | | |
| □ | 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 | | |
| □ | 重要事項説明書  契約書 |  | □ | サービス名称が、「総合事業通所型サービス(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、サービス提供時間、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)※利用者負担割合１割～３割の費用額を記載 | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 提出書類 | 様式等 | チェック項目 | | |
|  | 重要事項説明書  契約書  （・・・続き） |  |  | □ | 食事の提供に要する費用 |
| □ | その他の費用（日常生活費等） |
| □ | 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について記載があるか |
| □ | 緊急時及び事故発生時の対応 |
| □ | 苦情対応について記載はあるか |
| □ | 家族の個人情報を用いる際の同意欄はあるか |
| □ | 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 |
| □ | 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） | |
| □ | サービス提供実施単位一覧表 | 参考様式６ | □ | 複数の単位でサービスを行う場合、単位ごとに作成されているか（複数の単位において、同じ曜日、時間で実施する場合については、それぞれの日課表の添付でも可） | |
| □ | 運営規定に位置づけられる定員、時間と整合性は取れているか | |
| □ | サービスの提供時間から送迎時間を除いて作成しているか | |
| □ | 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 | |
| □ | 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 | |
| □ | 指定通所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、通所介護の指定通知書の写しの添付はあるか  ※通所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 | |