

指定申請に係る提出書類（認知症対応型通所介護（介護予防含む。））

(1)

| No. | 書類等 | 備考 | 様式 |
|-----|------------------------------|---|----|
| 1 | 地域密着型サービス取組計画書 | | 有 |
| 2 | 事業所の平面図 | 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。 家具の配置等についても記載してください。 | 有 |
| 3 | 設備・備品等一覧表 | | 有 |
| 4 | 主要な場所の写真 | | 有 |
| 5 | 運営規程 | | |
| 6 | 重要事項説明書 | | |
| 7 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | | 有 |
| 8 | 収支予算書(事業開始月から1年以上の収支見込) | | |
| 9 | 運営推進会議の構成員 | | 有 |
| 10 | 各種対応マニュアル | 緊急時対応・感染症・防災等 | |
| 11 | その他貴事業所の特色を紹介するもの(施設パンフレット等) | | |

(2)

| | | | |
|----|---|---|---|
| 12 | 指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所指定申請書及び付表 | | 有 |
| 13 | 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表、組織体制図 | 資格が必要な者については、資格証明書の写しを提示すること。 | 有 |
| 14 | 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書(3ヶ月以内のもの)又は条例等 | | |
| 15 | 管理者経歴書 | 資格証明書、研修修了証については写しを提示すること。 雇用関係の分かる書類については写しを添付すること。 | 有 |
| 16 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 | | |
| 17 | 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 | | |
| 18 | 介護保険法第78条の2第4項各号及び第115条の12第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書 | | 有 |
| 19 | 暴力団排除に関する誓約書 | | 有 |
| 20 | 就業規則 | | |
| 21 | 建築基準法及び消防法上の検査済証の写し | | |
| 22 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 | | 有 |
| 23 | 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 | | 有 |
| 24 | 各種加算体制届出書 | | 有 |
| 25 | 社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票 | | 有 |