

## 新規申請チェックリスト(通所相当)

申請(開設)者名: \_\_\_\_\_

事業所名: \_\_\_\_\_

チェック	番号	提出書類	様式等	チェック項目
<input type="checkbox"/>	1	豊山町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定申請書	様式第1号	<input type="checkbox"/> 申請(開設)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、事業開始予定年月日等が正しく記入されているか <input type="checkbox"/> 事業所名称、所在地が運営規程と一致しているか
<input type="checkbox"/>	2	通所介護相当サービスの事業者指定に係る記載事項	別紙1-1	<input type="checkbox"/> 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、かつ、平面図の求積表と一致しているか <input type="checkbox"/> 単位別従業者欄、勤務体制一覧表、運営規程の従業者数が一致しているか <input type="checkbox"/> 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 ・通常事業の実施地域
<input type="checkbox"/>	3	法人登記簿謄本(履歴事項全部証明書)		<input type="checkbox"/> 申請事業を実施する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 変更手続き中の場合は、議事録の写しを添付しているか
<input type="checkbox"/>	4	事業所の平面図	参考様式1	<input type="checkbox"/> 当該事業で使用する箇所(食堂、機能訓練室、静養室、相談室、事務室等)及び備品の配置、各部屋の面積がわかるように作成しているか <input type="checkbox"/> 寸法は内寸で記入され、食堂及び機能訓練室については、面積算出根拠が分かるよう、計算式(小数点第3位切り捨てて合算)を記入した求積図が添付しているか <input type="checkbox"/> 相談室がプライバシー保護に配慮した構造になっているか <input type="checkbox"/> 静養室、相談室が2階にないか(エレベーター等で対応しておれば可) <input type="checkbox"/> 建物全体の図面を添付しているか <input type="checkbox"/> 写真の撮影方向を明示しているか
<input type="checkbox"/>	5	設備の概要、主な場所の写真	参考様式2 及び 参考様式3	<input type="checkbox"/> 下記の写真を添付しているか ・事業所の外観 ・玄関(入口)付近 ・事務室 ・相談室 ・静養室 ・食堂及び機能訓練室 ・調理室 ・浴室 ・脱衣場 ・トイレ ・洗面設備 <input type="checkbox"/> 写真はA4台紙に貼付しているか(デジカメデータのレイアウト印刷も可) <input type="checkbox"/> 当該事業で使用する事務机、パソコン、ファクシミリ等の備品(2万円以上)の台数を明記しているか <input type="checkbox"/> 利用者が利用する備品(食堂・機能訓練室に設置するもの、機能訓練用機器等)を記載しているか

## 新規申請チェックリスト(通所相当)

申請(開設)者名: \_\_\_\_\_

事業所名: \_\_\_\_\_

チェック	番号	提出書類	様式等	チェック項目
<input type="checkbox"/>	6	運営規程		<input type="checkbox"/> 以下の内容を具体的に記載しているか ・事業の目的及び運営の方針 ・従業者の職種、員数及び職務内容 ・営業日及び営業時間 ・サービス提供時間 ・その他の年間の休日 ・延長時間(時間延長する場合) ・通所型サービスの利用定員 ・通所型サービスの内容及び利用料その他の費用の額 ・利用料金表 ・食事の提供に要する費用 ・日常生活費 ・通常の事業の実施地域 ・サービス利用に当たっての留意事項 ・緊急時等における対応方法 ・非常災害対策 ・職員研修等の内容 ・従業者の守秘義務
<input type="checkbox"/>	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	参考様式4	<input type="checkbox"/> 次の事項について、具体的に記載しているか。 ・利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口・担当者の設置(担当者名や連絡先) ・円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 ・豊山町、国民健康保険団体連合会等、公的機関の相談窓
<input type="checkbox"/>	8	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表、就業規則	参考様式5	<input type="checkbox"/> 管理者は常勤か <div style="text-align: center;"><b>【利用定員が10名を越える場合】</b></div> <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 看護職員を単位ごとに専ら1以上配置しているか <input type="checkbox"/> 介護職員の数基準を満たしているか 営業日ごとに、当該通所型サービス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、当該通所型サービスを提供する時間数(「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 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員を配置しているか <input type="checkbox"/> 生活相談員又は介護職員のうち1人以上が常勤か <input type="checkbox"/> 労働者が常時10人以上いる場合のみ、就業規則は添付されているか。 ※常時10人以上の労働者を使用する使用者は、就業規則を作成し、所轄労働基準監督署長に届出する必 <div style="text-align: center;"><b>【利用定員が10名以下の場合】</b></div>

## 新規申請チェックリスト(通所相当)

申請(開設)者名: \_\_\_\_\_

事業所名: \_\_\_\_\_

チェック	番号	提出書類	様式等	チェック項目
				<input type="checkbox"/> 生活相談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 <input type="checkbox"/> 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、当該通所型サービス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 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員を配置しているか <input type="checkbox"/> 生活相談員又は介護職員又は看護職員が常勤か
<input type="checkbox"/>	9	資格証の写し等		<input type="checkbox"/> 生活相談員は下記の資格証等のうちいずれかを添付しているか ・社会福祉士登録証の写し ・精神保健福祉士登録証の写し ・社会福祉主事資格取得証明書 ・介護福祉士登録証の写し ・医療機関や社会福祉施設での相談業務の経験を記載した経歴書 <input type="checkbox"/> 看護職員は看護師(准看護師)の免許証等の写しを添付しているか <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員は下記の資格証の写しのうちいずれかを添付しているか ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士 ・看護師(准看護師) ・柔道整復師 ・あん摩マッサージ指圧師
<input type="checkbox"/>	10	申請者及びその役員等が欠格事由に該当しない旨の誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 法人所在地及び名称、代表者の職氏名を記載し、法人代表印が押印されているか <input type="checkbox"/> 誓約書の日付が記載されているか
<input type="checkbox"/>	11	算定に係る体制等に関する届出書、算定に係る体制状況等一覧表	別紙2 及び 別紙3	<input type="checkbox"/> 実施事業、指定年月日を記入しているか <input type="checkbox"/> 運営規程、利用料金表、勤務体制表等の指定申請書添付書類と整合しているか <input type="checkbox"/> 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が添付されているか <input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算を算定する事業所は、届出書、計画書が添付されているか <input type="checkbox"/> その他加算の根拠となる資料が添付されているか。

## 新規申請チェックリスト(通所相当)

申請(開設)者名: \_\_\_\_\_

事業所名: \_\_\_\_\_

チェック	番号	提出書類	様式等	チェック項目
□	12	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票	<p style="text-align: center;">確認票</p> <p style="text-align: center;">《根拠通知》</p> <p>「各業における新規許可申請時における社会保険及び労働保険の適用状況の確認について(依頼)」(平成29年5月16日29高福第364号)、「各業における新規許可申請時における社会保険及び労働保険の適用状況の確認について(協力依頼)」(平成29年4月25日老総発0425第2号)</p>	<p><input type="checkbox"/> 確認票に必要事項の記載はあるか。</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の書類は添付されているか。</p> <p>「健康保険・厚生年金保険」</p> <p>①保険料領収書 (毎月年金事務所が事業主に送付)</p> <p>②社会保険料納入証明書 (事業主の求めに応じて、年金事務所が発行)</p> <p>③社会保険料納入確認書 (事業主の求めに応じて、年金事務所が発行)</p> <p>④保険資格取得確認及び標準報酬決定通知書⑤保険適用通知書 (新規許可時に保険料支払いが発生していない場合は、本通知で確認)</p> <p>「労災保険・雇用保険」</p> <p>①労働保険概算・確定保険料申告書</p> <p>②納付書・領収証書</p> <p>③保険関係成立届</p> <p><input type="checkbox"/> 添付資料紛失・確認票の回答内容に応じて、「適用未確認事業所リスト」により、厚生労働省に情報提供したか。</p> <p>※原則、前月分を当月10日までに。随時可。</p>
□	13	指定決定通知書(既に他自治体で同事業の指定を受けている場合)		<p><input type="checkbox"/> 記載されている番号は「23A○○○・」であるか。</p> <p><input type="checkbox"/> みなしの場合は「247○○○・」であるか。</p> <p>※複数自治体より指定を受けている場合は、所在地自治体の通知書。</p>