指定申請に係る提出書類チェック表（新規申請、指定更新）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | 指定を受けようとするサービスの種類 |
|  | ■ （介護予防）認知症対応型通所介護（単独型・併設型） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 提出書類 | 申請者確認欄 | |
| 新規 | 更新 |
| １ | 様式第2号（１）　指定申請書  様式第2号（２）　指定更新申請書 |  |  |
| ２ | 付表第２号（４）　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（単独型・併設型） |  |  |
| ３ | 申請者の登記事項証明書又は条例等  （登記事項証明書は、発行後３か月以内の原本を添付すること） |  | 省略可 |
| ４ | 標準様式１-02　従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 |  |  |
| ５ | 標準様式２　管理者の経歴書 |  | 省略可 |
| ６ | 従業者の資格を証する書類の写し  （機能訓練指導員及び生活相談員のうち、資格の要件に業務に従事した年数の定めがある従事者については、それを証する標準様式２または任意の様式を併せて添付）  ・「管理者」認知症対応型サービス事業管理者研修の修了証の写し  ・「看護職員」看護師または准看護師の資格を確認できる書類の写し（病院等との連携により確保する場合は、連携する病院等との契約書の写し）  ・「機能訓練指導員」下記のいずれかの資格を確認できる書類の写し  ①理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師またはあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者  ②はり師またはきゅう師であって、①の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者  ・「生活相談員」下記のいずれかの資格を確認できる書類の写し  ① 社会福祉主事の任用資格  ・大学で社会福祉に関する科目を履修した者  ・厚生労働大臣の指定する養成機関等の課程を修了した者  ・社会福祉士  ・精神保健福祉士  ② ①と同等の能力を有すると認められる者  ・介護支援専門員  ・１年以上老人福祉施設等で介護等の業務に従事した者であって、介護福祉士または、介護職員初任者研修を修了した者と同等の資格を有する者  ・２年以上老人福祉施設等で介護等の業務に従事した者 |  |  |
| 7 | 従業者の雇用が確認できる書類の写し  ・雇用契約書、雇用通知書、辞令、健康保険被保険者証の写し　等  ・兼務の場合は、兼務先の勤務表も添付すること |  |  |
| ８ | 標準様式３　平面図 |  | 省略可 |
| ９ | 標準様式４　設備等一覧表 |  | 省略可 |
| 10 | 標準様式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 |  | 省略可 |
| 11 | 運営規程 |  | 省略可 |
| 12 | 標準様式６　誓約書  （別紙①：地域密着型サービス事業所向け）  （別紙③：地域密着型介護予防サービス事業所向け） |  |  |
| 13 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 |  |  |
| 14 | 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 |  |  |
| 1５ | 指定申請に係る提出書類チェック表 |  |  |

※省略可となっているもので既に提出しているものは、変更がない旨の申立書の提出により省略できます。

※法人情報、人員、設備等に変更がある場合は、あわせて「様式第２号(４)変更届出書」を提出してください。