

## 第1号訪問事業の指定に係る申請手続について（抜粋）

### 1 申請期間等について

#### (1) 受付期間

原則として来庁により申請していただきます。申請受付期間等は下表のとおりです。（土、日、祝日及び12月29日～1月3日を除く。）

| 事業開始日(指定日) | 申請受付期間（書類補正含む。）       | 申請予約締切日    |
|------------|-----------------------|------------|
| 平成29年4月1日  | 平成29年2月27日～平成29年3月15日 | 平成29年2月24日 |
| 平成29年5月1日  | 平成29年3月23日～平成29年4月10日 | 平成29年3月15日 |
| 平成29年6月1日  | 平成29年4月24日～平成29年5月10日 | 平成29年4月17日 |
| 平成29年7月1日  | 平成29年5月24日～平成29年6月9日  | 平成29年5月15日 |
| 平成29年8月1日  | 平成29年6月22日～平成29年7月10日 | 平成29年6月15日 |
| 平成29年9月1日  | 平成29年7月24日～平成29年8月10日 | 平成29年7月18日 |
| 平成29年10月1日 | 平成29年8月23日～平成29年9月8日  | 平成29年8月15日 |

#### 【留意事項】

- ※1 表に掲げる申請受付期間以外は、指定申請の受付等を行いません。ただし、既に介護予防訪問介護の指定を受けている事業所において、第1号訪問事業の新規指定申請を行う場合については、一部書類を省略するため、申請予約及び来庁を不要とし、郵送による申請を受け付けます。その場合、事業開始日の前々月の末日必着としてください。
- ※2 表に掲げる申請受付期間等については、予告なく変更する場合があります。
- ※3 申請の予約は、事業開始日（指定日）の3か月前から受け付けます。

#### (2) 申請

申請日については、完全予約制としておりますので「申請予約締切日」までに、必ず電話等で予約してください（予約されていない場合は、受け付けできませんので御留意ください）。また、申請書類の補正期間を確保するため、初回の来庁は事業開始日の前々月までにお願います。

指定を受けるに当たっては、申請日（申請受付期間内）に申請書を提出し、「受理」されることが必要です（書類に不備があり、その補正が完了しないものについては、受理できません）。

上記にかかわらず、※1の郵送による申請については、事業開始日の前々月の末日必着で申請書及び必要書類を提出し、申請受付期間内に「受理」されることが必要です（書類に不備があり、その補正が完了しないものについては、受理できません）。

先着順に審査を行いますので、申請される事業所が多数重なった場合は指定を行うまでにお時間をいただく場合がございます。あらかじめ御了承ください。

### (3) 申請書類の提出方法

寝屋川市が指定する様式を、漏れがないか指定申請チェックリストで確認の上、提出してください。書類は提出用1部（訪問型サービス（現行相当）と訪問型サービス（基準緩和）を同時に申請する場合は2部）、申請者控えを1部御用意ください。

### (4) 指定事業者の決定

審査の結果、要件を満たすものについて指定事業者として指定します。

## 2 指定を受けるための要件等について

(1) 法人であること（定款の目的欄に当該事業に関する記載があること）。

【株式会社等の営利法人、特定非営利活動法人の場合】（記載例）

- ・ 介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業
- ・ 介護保険法に基づく第1号訪問事業
- ・ 老人居宅介護等事業

【医療法人、社会福祉法人等の所轄、監督官庁のある法人（特定非営利活動法人を除く。）の場合】

定款に記載する文言や定款変更認可の手続について、必ず所轄、監督官庁に相談の上、指定申請期間内に手続を完了させてください。

なお、登記の変更手続についても併せて指定申請期間内に完了させてください。

(2) 事業所従業者の知識及び技能並びに人員が、寝屋川市訪問型サービス（第1号訪問事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱に定める基準を満たしていること。

(3) 事業所の設備が、寝屋川市訪問型サービス（第1号訪問事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱に定める基準を満たしていること。

(4) 寝屋川市が定める基準に従い、適切な事業の運営が可能であること。

(5) 訪問介護と第1号訪問事業を同一事業所において一体的に行う場合、訪問介護の人員、設備基準を満たすことをもって、第1号事業の人員、設備基準を満たすものとします。

(6) 訪問介護と第1号訪問事業を一体的に行う事業所の名称については、同一名称に統一し申請してください（既に他事業所で指定を受け使用されている事業所の名称は使用しないでください）。

## 第1号通所事業の指定に係る事前協議について

### 1 事前協議について

介護保険事業所として指定を受けている区画以外で第1号通所事業の新規指定を受けようとする場合、指定を受けようとする区画の設備等が基準に適合することを区画（建物）の建築、改修の施行前に確認するため、事前協議が必要です。

### 2 事前協議から指定申請までの流れ

① 事前協議予約締切（原則、毎月月末）

↓

② 事前協議（原則、毎月1日～7日）

↓ ※ 事前協議終了後、建築・改修を行ってください。

③ 建築・改修

↓ ※ 建築、改修終了後、指定申請を行ってください。

④ 申請受付締切日（原則、事業開始前々月15日）

※ 「第1号通所事業の指定に係る申請手続について」をご参照の上、手続を行ってください。

### 3 事前協議の受付期間

事前協議の受付は、下表のとおりです（土、日、祝日を除く）。

| 事前協議受付期間             | 事前協議予約締切日  |
|----------------------|------------|
| 平成29年3月1日～平成29年3月7日  | 平成29年2月28日 |
| 平成29年4月3日～平成29年4月7日  | 平成29年3月31日 |
| 平成29年5月1日～平成29年5月10日 | 平成29年4月28日 |
| 平成29年6月1日～平成29年6月7日  | 平成29年5月31日 |
| 平成29年7月3日～平成29年7月7日  | 平成29年6月30日 |
| 平成29年8月1日～平成29年8月7日  | 平成29年7月31日 |

※ 表に掲げる事前協議受付期間等については、変更となる場合があります。

4 事前協議に必要な書類等について

(1) 協議に必要な書類

- ① 事業計画書（協議様式1）
- ② 企画書（協議様式2）
- ③ 施設整備チェックリスト（協議様式3）
- ④ 開発・建築との協議記録（協議様式4）
- ⑤ 消防署との協議記録（協議様式5）
- ⑥ 土地及び建物の図面（改修・新築の計画図面です）
- ⑦ 近隣の住宅地図等（施設周辺の様子ができるもの）
- ⑧ 現況の写真
- ⑨ 土地及び建物登記簿謄本（新築の場合、建物登記簿謄本を除く）
- ⑩ 土地及び建物の賃貸借契約書（案）の写し

(2) 書類作成の留意事項について

書類は全て、A4サイズ（日本工業規格A列4番）とし、片面のみを使用してください。定款等複数枚にわたる書類は、袋綴じや糊付けはせずに、ホッチキスによりまとめてください。

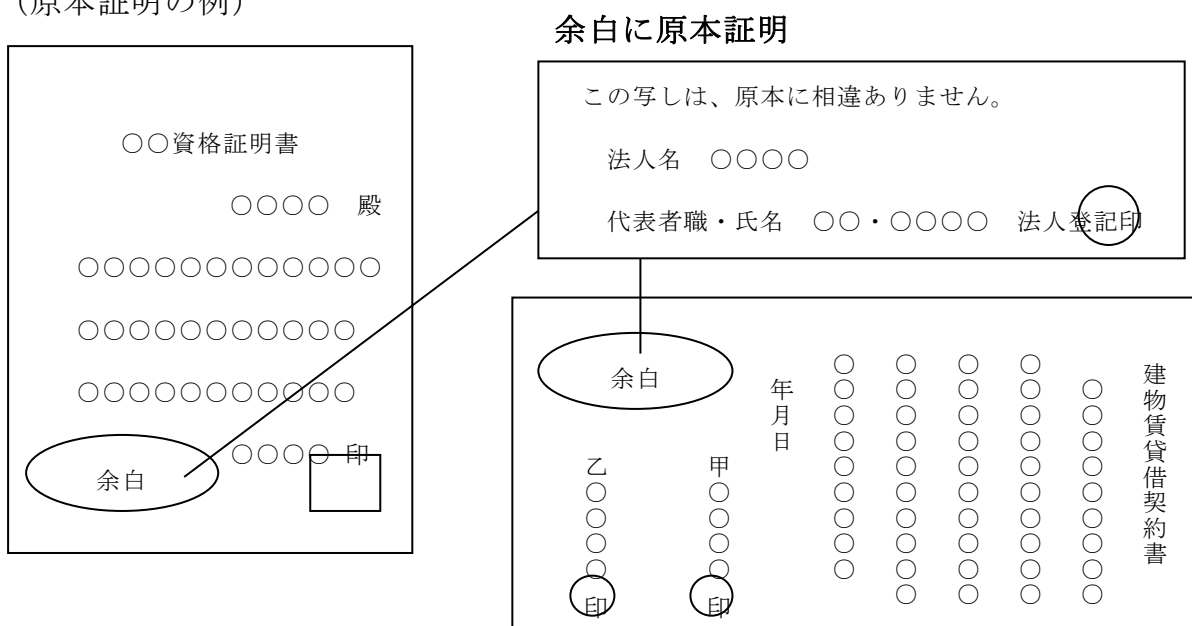
※ 登記事項証明書等原本の添付が必要なものはこの限りではありません。

A4サイズより大きなものは、A4サイズに縮小してください。ただし、縮小により内容が判別できないものは、等倍又は拡大してA3サイズにしてください。

添付書類中、「写し」となっている書類については、申請者の代表者名で原本証明を行ってください。

※ この場合は、表面の余白に証明を行い、裏面は使用しないでください。

(原本証明の例)



## 第1号通所事業の指定に係る申請手続について

### 1 申請期間等について

#### (1) 受付期間

原則として来庁により申請していただきます。申請受付期間等は下表のとおりです。(土、日、祝日及び12月29日～1月3日を除く。)

| 事業開始日(指定日) | 申請受付期間(書類補正含む。)       | 申請予約締切日    |
|------------|-----------------------|------------|
| 平成29年4月1日  | 平成29年2月27日～平成29年3月15日 | 平成29年2月24日 |
| 平成29年5月1日  | 平成29年3月23日～平成29年4月10日 | 平成29年3月15日 |
| 平成29年6月1日  | 平成29年4月24日～平成29年5月10日 | 平成29年4月17日 |
| 平成29年7月1日  | 平成29年5月24日～平成29年6月9日  | 平成29年5月15日 |
| 平成29年8月1日  | 平成29年6月22日～平成29年7月10日 | 平成29年6月15日 |
| 平成29年9月1日  | 平成29年7月24日～平成29年8月10日 | 平成29年7月18日 |
| 平成29年10月1日 | 平成29年8月23日～平成29年9月8日  | 平成29年8月15日 |

#### 【留意事項】

- ※1 表に掲げる申請受付期間以外は、指定申請の受付等を行いません。ただし、既に介護予防通所介護の指定を受けている事業所において、第1号通所事業の新規指定申請を行う場合については、一部書類を省略するため、申請予約及び来庁を不要とし、郵送による申請を受け付けます。その場合、事業開始日の前々月の末日必着としてください。
- ※2 表に掲げる申請受付期間等については、予告なく変更する場合があります。
- ※3 申請の予約は、事業開始日(指定日)の3か月前から受け付けます。

#### (2) 申請

申請日については、完全予約制としておりますので「申請予約締切日」までに、必ず電話等で予約してください(予約されていない場合は、受け付けできませんので御留意ください)。また、申請書類の補正期間を確保するため、初回の来庁は事業開始日の前々月までにお願ひします。

指定を受けるに当たっては、申請日(申請受付期間内)に申請書を提出し、「受理」されることが必要です(書類に不備があり、その補正が完了しないものについては、受理できません)。

上記にかかわらず、※1の郵送による申請については、事業開始日の前々月の末日必着で申請書及び必要書類を提出し、申請受付期間内に「受理」されることが必要です(書類に不備があり、その補正が完了しないものについては、受理できません)。

先着順に審査を行いますので、申請される事業所が多数重なった場合は指定を行うまでにお時間をいただく場合がございます。あらかじめ御了承ください。

(3) 申請書類の提出方法

寝屋川市が指定する様式を、漏れがないか指定申請チェックリストで確認の上、提出してください。書類は提出用1部（通所型サービス（現行相当）と通所型サービス（基準緩和）又は通所型サービス（短期集中）を同時に申請する場合は2部）、申請者控えを1部御用意ください。

(4) 指定事業者の決定

審査の結果、要件を満たすものについて指定事業者として指定します。

2 指定を受けるための要件について

(1) 法人であること（定款の目的欄に当該事業に関する記載があること）。

【株式会社等の営利法人、特定非営利活動法人の場合】（記載例）

- ・ 介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業
- ・ 介護保険法に基づく第1号通所事業
- ・ 老人デイサービス事業 等

【医療法人、社会福祉法人等の所轄、監督官庁のある法人（特定非営利活動法人を除く。）の場合】

定款に記載する文言や定款変更認可の手続について、必ず所轄、監督官庁に相談の上、指定申請期間内に手続を完了させてください。

なお、登記の変更手続についても併せて指定申請期間内に完了させてください。

(2) 事業所従業者の知識及び技能並びに人員が、寝屋川市通所型サービス（第1号通所事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱に定める基準を満たしていること。

(3) 事業所の設備が、寝屋川市通所型サービス（第1号通所事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱に定める基準を満たしていること。

(4) 寝屋川市が定める基準に従い、適切な事業の運営が可能であること。

(5) 通所介護と第1号通所事業を同一事業所において一体的に行う場合、通所介護の人員、設備基準を満たすことをもって、第1号事業の人員、設備基準を満たすものとします。

(6) 通所介護と第1号通所事業を一体的に行う事業所の名称については、同一名称に統一し申請してください（既に他事業所で指定を受け使用されている事業所の名称は使用しないでください）。

## 訪問型サービス（現行相当）指定申請書類チェックリスト

|      |  |
|------|--|
| 申請者名 | (法人名)  |
| 申請種別 | (該当する番号に○をつけてください。)<br>1 みなし指定（平成27年3月31日以前に介護予防訪問介護の指定を受けている）事業所<br>2 寝屋川市内のみなし指定以外（平成27年4月1日以降に介護予防訪問介護の指定を受けている）事業所<br>3 寝屋川市外のみなし指定以外（平成27年4月1日以降に介護予防訪問介護の指定を受けている）事業所<br>4 介護予防訪問介護の指定を受けていない事業所 |
| 事業所名 |  |
| 担当者  | 氏名：  |
|      | 連絡先：   |

|      |                  |                  |   |   |   |     |  |
|------|------------------|------------------|---|---|---|-----|--|
| 受付番号 |                  | 申請受付日            | 年 | 月 | 日 | 受付者 |  |
| 修正受付 | (1) / : ~ (受付者 ) | (2) / : ~ (受付者 ) |   |   |   |     |  |
|      | (3) / : ~ (受付者 ) | (4) / : ~ (受付者 ) |   |   |   |     |  |

| 申請に必要な書類                           | チェック | 確認事項  | 確認事項   |
|------------------------------------|------|-------|--|
| ①指定申請書(様式第1号)                      |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印（社印、個人印不可）<br><input type="checkbox"/> 申請者欄の法人登記事項証明書との記載の一致<br><input type="checkbox"/> 役員6人以上は役員名簿   |
| ②指定に係る記載事項(付表1-1)                  |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称、所在地、連絡先等に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 管理者は、管理者経歴書と相違ないか<br><input type="checkbox"/> サービス提供責任者は、資格要件を満たしているか<br><input type="checkbox"/> 従業者は、勤務形態一覧表（員数、常勤・非常勤、専従・兼務の内訳）と相違ないか<br><input type="checkbox"/> 主な掲示事項は、運営規程の内容（営業日・営業時間・利用料等）と相違ないか   |
| ⑩従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表                 |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称、サービス種類に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 管理者は常勤・専従1人以上<br><input type="checkbox"/> サービス提供責任者+訪問介護員が常勤換算で2.5人以上配置<br><input type="checkbox"/> 常勤の訪問介護員等のうち、利用者40人にサービス提供責任者1人以上<br><input type="checkbox"/> 時間拘束のない登録ヘルパーが含まれていないか<br><input type="checkbox"/> 管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数（4週間分）を記載しているか。<br><input type="checkbox"/> 職種は管理者、サービス提供責任者、訪問介護員、その他（事務員等）に区分して記載しているか。<br><input type="checkbox"/> 常勤換算は、管理者・その他（事務員等）を除き、訪問介護員（サービス提供責任者を含む。）の勤務延時間数により換算しているか。 |
| ⑬誓約書                               |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 法人が誓約しているか<br><input type="checkbox"/> 法人代表者印押印   |
| ⑭平面図                               |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 専用の事務スペースの確保<br><input type="checkbox"/> 相談スペースの確保・パーティション等での遮蔽<br><input type="checkbox"/> 各部屋の面積表記   |
| ⑮介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(訪問型サービス(現行相当)) |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 寝屋川市内事業所で既に介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防訪問介護)を提出しており、その内容が訪問型サービス(現行相当)と同一である場合には提出不要(市外事業所は要提出)  |
| ⑰連絡票(第1号事業指定申請)                    |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 必要事項を記入しているか  |
| ⑰返信用封筒(定型)                         |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 82円切手を貼付しているか<br><input type="checkbox"/> 事業所名、住所、指定事業所番号(既に指定番号を有する場合に限る)を記入   |
| ⑲指定書の写し                            |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 原本証明<br><input type="checkbox"/> 寝屋川市内事業所は提出不要  |
| 定款又は寄附行為等の写し                       |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 申請に係る事業を実施する旨の記載があるか<br><input type="checkbox"/> 原本証明   |
| 運営規程                               |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針<br><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務内容<br><input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間(申込みや相談受付が可能な日・時間も含めて記載。また、年間の休日も記載すること)<br><input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービスの提供方法、内容及び利用料その他の費用の額<br><input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域の記載<br><input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法<br><input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項  |
| 法人登記事項証明書                          |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業目的の登記<br><input type="checkbox"/> 3か月以内発行の原本(複数事業所同時申請の場合は写しでも可)  |
| 訪問介護員の資格証写し                        |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 原本証明<br><input type="checkbox"/> 看護師・准看護師・介護福祉士・実務者研修修了者・介護職員初任者研修修了者   |

| 申請に必要な書類               | チェック | 確認事項  |   |
|------------------------|------|-------|---|
| 組織体制図                  |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 法人名称、事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 兼務関係（あり・なし）<br><input type="checkbox"/> 同一所在地の他事業（あり・なし）<br>※ 管理者や従業者が他の事業の職務を兼ねる場合は、兼務関係が明確に分かるように作成すること  |
| 管理者経歴書                 |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 事業開始日以降の経歴についても記載<br>（例：平成29年4月1日から事業開始の場合、平成29年4月1日時点の経歴も記載する）   |
| サービス提供責任者の資格証の写し       |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 原本証明<br><input type="checkbox"/> 看護師・准看護師・介護福祉士・実務者研修修了者・3年以上介護等の業務に従事した介護職員初任者研修修了者<br><input type="checkbox"/> 住所、氏名、電話番号、主な職歴等を記載すること   |
| 写真（カラー写真）              |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 外観<br><input type="checkbox"/> 事務スペース<br><input type="checkbox"/> 鍵付書庫<br><input type="checkbox"/> 相談スペース<br><input type="checkbox"/> 手指洗浄スペース   |
| 案内図                    |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 最寄り駅からの交通手段   |
| 貸借借契約書の写し              |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 貸借借契約書（要・法人所有のため不要）<br><input type="checkbox"/> 貸主は医療法人・宗教法人以外<br><input type="checkbox"/> 法人名で契約<br><input type="checkbox"/> 契約期間（事業開始日を含んでいるか）<br><input type="checkbox"/> 更新条項<br><input type="checkbox"/> 使用目的（居住用不可）<br><input type="checkbox"/> 原本証明 |
| 苦情を処理するために講ずる措置の概要     |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称、サービス種類に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 苦情処理台帳の整備の明記<br><input type="checkbox"/> 常設窓口（事業所TEL・FAX）の設置<br><input type="checkbox"/> 担当者の設置  |
| 貸借対照表、損益計算書又は財産目録      |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 直近の決算期の貸借対照表・損益計算書<br><input type="checkbox"/> 決算を一度も行っていない法人は財産目録   |
| 損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類 |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 申込書・領収証<br><input type="checkbox"/> 法人名で契約しているか<br><input type="checkbox"/> 契約期間（事業開始日を含んでいるか）<br><input type="checkbox"/> 当該事業が保険対象か<br><input type="checkbox"/> 原本証明   |
| 変更届                    |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 提出不要<br><input type="checkbox"/> 提出要（法人情報・専用区画・その他）  |
| 廃止届                    |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 提出不要<br><input type="checkbox"/> 提出要   |
| 寝屋川市老人居宅生活支援事業開始届      |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 申請する事業所において既に老人居宅介護等事業の届出をしている場合提出不要<br><input type="checkbox"/> 寝屋川市に所在する事業所以外は事業所所在地の所管庁に提出すること  |

備考

「申請に必要な書類一覧」を確認の上、必要書類及び本チェックリストを提出してください。

|      |       |   |   |   |     |
|------|-------|---|---|---|-----|
| 受理番号 | 申請受付日 | 年 | 月 | 日 | 受付者 |
|------|-------|---|---|---|-----|

寝屋川市福祉部高齢介護室 指定担当

電話 072-838-0372 (内線3689)

FAX 072-838-0102



## 訪問型サービス（基準緩和）指定申請書類チェックリスト

|      |  |
|------|--|
| 申請者名 | (法人名)  |
| 申請種別 | (該当する番号に○をつけてください。)<br>1 寝屋川市内の介護予防訪問介護の指定を受けている事業所<br>2 寝屋川市外の介護予防訪問介護の指定を受けている事業所<br>3 介護予防訪問介護の指定を受けていない事業所 |
| 事業所名 |  |
| 担当者  | 氏名：  |
|      | 連絡先：   |

|      |                  |                  |   |   |   |     |  |  |
|------|------------------|------------------|---|---|---|-----|--|--|
| 受付番号 |                  | 申請受付日            | 年 | 月 | 日 | 受付者 |  |  |
| 修正受付 | (1) / : ~ (受付者 ) | (2) / : ~ (受付者 ) |   |   |   |     |  |  |
|      | (3) / : ~ (受付者 ) | (4) / : ~ (受付者 ) |   |   |   |     |  |  |

| 申請に必要な書類           | チェック | 確認事項  |  |
|--------------------|------|-------|--|
| ①指定申請書(様式第1号)      |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印(社印、個人印不可)<br><input type="checkbox"/> 申請者欄の法人登記事項証明書との記載の一致<br><input type="checkbox"/> 役員6人以上は役員名簿   |
| ③指定に係る記載事項(付表1-2)  |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称、所在地、連絡先等に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 管理者は、管理者経歴書と相違ないか<br><input type="checkbox"/> 在宅支援員、訪問事業責任者は、資格要件を満たしているか<br><input type="checkbox"/> 従業者は、勤務形態一覧表(員数、常勤・非常勤、専従・兼務の内訳)と相違ないか<br><input type="checkbox"/> 主な掲示事項は、運営規程の内容(営業日・営業時間・利用料等)と相違ないか   |
| ⑩従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称、サービス種類に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 管理者は常勤・専従1人以上<br><input type="checkbox"/> 訪問事業責任者が1人以上<br><input type="checkbox"/> 在宅支援員が1人以上<br><input type="checkbox"/> 管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数(4週間分)を記載しているか。<br><input type="checkbox"/> 職種は管理者、訪問事業責任者、在宅支援員、その他(事務員等)に区分して記載しているか。  |
| ⑬誓約書               |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 法人が誓約しているか<br><input type="checkbox"/> 法人代表者印押印   |
| ⑭平面図               |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 専用の事務スペースの確保<br><input type="checkbox"/> 相談スペースの確保・パーテーション等での遮蔽<br><input type="checkbox"/> 各部屋の面積表記   |
| ⑰連絡票(第1号事業指定申請)    |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 必要事項を記入しているか  |
| ⑰返信用封筒(定型)         |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 82円切手を貼付しているか<br><input type="checkbox"/> 事業所名、住所、指定事業所番号(既に指定番号を有する場合に限る)を記入   |
| ⑳指定書の写し            |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 原本証明<br><input type="checkbox"/> 寝屋川市内事業所は提出不要  |
| 定款又は寄附行為等の写し       |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 申請に係る事業を実施する旨の記載があるか<br><input type="checkbox"/> 原本証明   |
| 運営規程               |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針<br><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務内容<br><input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間(申込みや相談受付が可能な日・時間を記載。また、年間の休日も記載すること)<br><input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービスの提供方法、内容及び利用料その他の費用の額<br><input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域の記載<br><input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法<br><input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 |
| 法人登記事項証明書          |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業目的の登記<br><input type="checkbox"/> 3か月以内発行の原本(複数事業所同時申請の場合は写しでも可)  |
| 在宅支援員の資格証写し        |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 原本証明<br><input type="checkbox"/> 寝屋川市在宅支援員養成研修修了者・看護師・准看護師・介護福祉士・実務者研修修了者・介護職員初任者研修修了者  |

| 申請に必要な書類               | チェック | 確認事項  |   |
|------------------------|------|-------|---|
| 組織体制図                  |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 法人名称、事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 兼務関係（あり・なし）<br><input type="checkbox"/> 同一所在地の他事業（あり・なし）<br>※ 管理者や従業者が他の事業の職務を兼ねる場合は、兼務関係が明確に分かるように作成すること  |
| 管理者経歴書                 |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 事業開始日以降の経歴についても記載<br>（例：平成29年4月1日から事業開始の場合、平成29年4月1日時点の経歴も記載する。）  |
| 訪問事業責任者の資格証の写し         |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 原本証明<br><input type="checkbox"/> 看護師・准看護師・介護福祉士・実務者研修修了者・介護職員初任者研修修了者  |
| 写真（カラー写真）              |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 外観<br><input type="checkbox"/> 事務スペース<br><input type="checkbox"/> 鍵付き書庫<br><input type="checkbox"/> 相談スペース<br><input type="checkbox"/> 手指洗浄スペース  |
| 案内図                    |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 最寄り駅からの交通手段   |
| 貸借借契約書の写し              |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 賃貸借契約書（要・法人所有のため不要）<br><input type="checkbox"/> 貸主は医療法人・宗教法人以外<br><input type="checkbox"/> 法人名で契約<br><input type="checkbox"/> 契約期間（事業開始日を含んでいるか）<br><input type="checkbox"/> 更新条項<br><input type="checkbox"/> 使用目的（居住用不可）<br><input type="checkbox"/> 原本証明 |
| 苦情を処理するために講ずる措置の概要     |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称、サービス種類に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 苦情処理台帳の整備の明記<br><input type="checkbox"/> 常設窓口（事業所TEL・FAX）の設置<br><input type="checkbox"/> 担当者の設置  |
| 貸借対照表、損益計算書又は財産目録      |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 直近の決算期の貸借対照表・損益計算書<br><input type="checkbox"/> 決算を一度も行っていない法人は財産目録   |
| 損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類 |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 申込書・領収証<br><input type="checkbox"/> 法人名で契約しているか<br><input type="checkbox"/> 契約期間（事業開始日を含んでいるか）<br><input type="checkbox"/> 当該事業が保険対象か<br><input type="checkbox"/> 原本証明   |
| 変更届                    |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 提出不要<br><input type="checkbox"/> 提出要（法人情報・専用区画・その他）  |
| 廃止届                    |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 提出不要<br><input type="checkbox"/> 提出要   |
| 寝屋川市老人居宅生活支援事業開始届      |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 申請する事業所において既に老人居宅介護等事業の届出をしている場合提出不要<br><input type="checkbox"/> 寝屋川市に所在する事業所以外は事業所所在地の所管庁に提出すること  |

備考

「申請に必要な書類一覧」を確認の上、必要書類及び本チェックリストを提出してください。

|      |  |       |   |   |   |     |  |
|------|--|-------|---|---|---|-----|--|
| 受理番号 |  | 申請受付日 | 年 | 月 | 日 | 受付者 |  |
|------|--|-------|---|---|---|-----|--|

寝屋川市福祉部高齢介護室 指定担当

電話 072-838-0372 (内線3689)

FAX 072-838-0102

## 通所型サービス(現行相当)指定申請書類チェックリスト

|            |  |
|------------|--|
| 申請者名       | (法人名)  |
| 申請種別       | (該当する番号に○をつけてください。)<br>1 みなし指定(平成27年3月31日以前に介護予防通所介護の指定を受けている)事業所<br>2 寝屋川市内のみなし指定以外(平成27年4月1日以降に介護予防通所介護の指定を受けている)事業所<br>3 寝屋川市外のみなし指定以外(平成27年4月1日以降に介護予防通所介護の指定を受けている)事業所<br>4 介護予防通所介護の指定を受けていない事業所 |
| 事業所名       |  |
| 事業所所在地     |  |
| 最寄駅からのアクセス |  |
| 担当者        | 氏名:  |
|            | 連絡先:   |

|      |                 |                 |   |   |   |     |  |
|------|-----------------|-----------------|---|---|---|-----|--|
| 受付番号 |                 | 申請受付日           | 年 | 月 | 日 | 受付者 |  |
| 修正受付 | (1) / : ~ (受付者) | (2) / : ~ (受付者) |   |   |   |     |  |
|      | (3) / : ~ (受付者) | (4) / : ~ (受付者) |   |   |   |     |  |

| 申請に必要な書類                           | チェック | 確認事項  |   |
|------------------------------------|------|-------|---|
| ①指定申請書(様式第1号)                      |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印(社印、個人印不可)<br><input type="checkbox"/> 申請者欄の法人登記事項証明書との記載の一致<br><input type="checkbox"/> 役員6人以上は役員名簿  |
| ④⑤指定に係る記載事項(付表2-1)                 |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称、所在地、連絡先等に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 管理者は、管理者経歴書と相違ないか<br><input type="checkbox"/> 生活相談員は、資格要件を満たしているか<br><input type="checkbox"/> 従業者は、勤務形態一覧表(員数、常勤・非常勤、専従・兼務の内訳)と相違ないか<br><input type="checkbox"/> 主な掲示事項は、運営規程の内容(営業日、営業時間、利用料等)と相違ないか<br><input type="checkbox"/> 実施単位、単位ごとの状況について、運営規程の内容と相違ないか   |
| ⑪従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表                 |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称、サービス種類に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> サービス提供時間中の職員の配置について職種ごとに必要な配置があるか<br><input type="checkbox"/> 管理者は常勤・専従で1人以上<br><input type="checkbox"/> 管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数(4週間分)を記載しているか<br><input type="checkbox"/> 職種は、管理者、生活相談員、介護職員、機能訓練指導員、看護師、その他(事務員等)に区分して記載しているか<br><input type="checkbox"/> 生活相談員は、サービス提供時間帯を通じて1人以上<br><input type="checkbox"/> 介護職員は次のとおり配置しているか<br><利用定員15人以下の場合><br>通所型サービスの単位ごとに、サービス提供時間帯を通じて1人以上配置<br><利用定員16人以上の場合><br>通所型サービスの単位ごとに、サービス提供時間帯を通じて利用者の数が5人増すごとに1人追加して配置(利用者1人に対して、常勤換算0.2の配置が必要)<br><input type="checkbox"/> 看護職員は、専従1人以上(提供日ごと。利用者10人以下の場合は必須配置ではない。)<br><input type="checkbox"/> 機能訓練指導員は、1人以上<br><input type="checkbox"/> 生活相談員又は介護職員のうち1人以上は常勤 |
| ⑬誓約書                               |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 法人が誓約しているか<br><input type="checkbox"/> 法人代表者印押印  |
| ⑭平面図                               |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 各室面積を記載しているか<br><input type="checkbox"/> ナースコール・手摺を記載しているか<br><input type="checkbox"/> サービスを提供するために必要な場所(利用定員×3㎡以上)が確保されているか<br><input type="checkbox"/> 相談室は、遮蔽物の設置により、相談の内容が漏洩しないよう配慮されているか<br><input type="checkbox"/> 消防法その他の法令等に規定された設備を記載しているか  |
| ⑮介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(通所型サービス(現行相当)) |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 寝屋川市内事業所で既に介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防通所介護)を提出しており、その内容が通所型サービス(現行相当)と同一である場合には提出不要(市外事業所は要提出)   |
| ⑰連絡票(第1号事業指定申請)                    |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 必要事項を記入しているか   |
| ⑰返信用封筒(定型)                         |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 82円切手を貼付しているか<br><input type="checkbox"/> 事業所名、住所、指定事業所番号(既に指定番号を有する場合に限り)を記入  |
| ⑲指定書の写し                            |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 原本証明<br><input type="checkbox"/> 寝屋川市内事業所は提出不要   |
| 定款又は寄附行為等の写し                       |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 申請に係る事業を実施する旨の記載があるか<br><input type="checkbox"/> 原本証明  |

| 申請に必要な書類               | チェック | 確認事項  |  |
|------------------------|------|-------|--|
| 運営規程                   |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針<br><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務内容<br><input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間（申込みや相談受付が可能な日・時間も記載。また、年間の休日も記載すること）<br><input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービスの提供方法、内容及び利用料その他の費用の額<br><input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域の記載<br><input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法<br><input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 |
| 法人登記事項証明書              |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業目的の登記<br><input type="checkbox"/> 3か月以内発行の原本（複数事業所同時申請の場合は写しでも可）  |
| 生活相談員の資格証写し            |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、社会福祉主事、介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 原本証明   |
| 看護職員・機能訓練指導員の資格証写し     |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 看護職員（看護師、准看護師）<br><input type="checkbox"/> 機能訓練指導員（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）<br><input type="checkbox"/> 原本証明   |
| 組織体制図                  |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 法人名称、事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 兼務関係（あり・なし）<br><input type="checkbox"/> 同一所在地の他事業（あり・なし）<br>※ 管理者や従業者が他の事業の職務を兼ねる場合は、兼務関係が明確に分かるように作成すること   |
| 管理者経歴書                 |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 事業開始日以降の経歴についても記載<br>（例：平成29年4月1日から事業開始の場合、平成29年4月1日時点の経歴も記載する）  |
| 写真（カラー写真）              |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 外観<br><input type="checkbox"/> ナースコール（静養室・トイレ・脱衣室・浴室）<br><input type="checkbox"/> 鍵付書庫<br><input type="checkbox"/> トイレの外部開錠<br><input type="checkbox"/> 脱衣室の暖簾<br><input type="checkbox"/> 段差解消部分   |
| 案内図                    |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 最寄り駅からの交通手段  |
| 設備・備品一覧表               |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 設備基準上適合すべき項目についての状況<br><input type="checkbox"/> 備品の数等は、平面図・写真との一致<br><input type="checkbox"/> 鍵付書庫・送迎車  |
| 賃貸借契約書の写し              |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 賃貸借契約書（要・法人所有のため不要）<br><input type="checkbox"/> 貸主は医療法人・宗教法人以外<br><input type="checkbox"/> 法人名で契約<br><input type="checkbox"/> 契約期間（事業開始日を含んでいるか）<br><input type="checkbox"/> 更新条項<br><input type="checkbox"/> 使用目的（居住用不可）<br><input type="checkbox"/> 原本証明  |
| 苦情を処理するために講ずる措置の概要     |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称、サービス種類に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 苦情処理台帳の整備の明記<br><input type="checkbox"/> 常設窓口（事業所TEL・FAX）の設置<br><input type="checkbox"/> 担当者の設置   |
| 貸借対照表、損益計算書又は財産目録      |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 直近の決算期の貸借対照表・損益計算書<br><input type="checkbox"/> 決算を一度も行っていない法人は財産目録  |
| 損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類 |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 申込書・領収証<br><input type="checkbox"/> 法人名で契約しているか<br><input type="checkbox"/> 契約期間（事業開始日を含んでいるか）<br><input type="checkbox"/> 当該事業が保険対象か<br><input type="checkbox"/> 原本証明  |
| 変更届                    |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 提出不要<br><input type="checkbox"/> 提出要（法人情報・専用区画・その他）   |
| 廃止届                    |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 提出不要<br><input type="checkbox"/> 提出要  |
| 寝屋川市老人居宅生活支援事業開始届      |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 申請する事業所において既に老人デイサービス事業の届出をしている場合提出不要<br><input type="checkbox"/> 寝屋川市に所在する事業所以外は事業所所在地の所管庁に提出すること  |

備考

「申請に必要な書類一覧」を確認の上、必要書類及び本チェックリストを提出してください。

|      |       |   |   |   |     |
|------|-------|---|---|---|-----|
| 受理番号 | 申請受付日 | 年 | 月 | 日 | 受付者 |
|------|-------|---|---|---|-----|

寝屋川市福祉部高齢介護室 指定担当

電話 072-838-0372 (内線3689)

FAX 072-838-0102

# 通所型サービス(基準緩和)指定申請書類チェックリスト

|            |  |
|------------|--|
| 申請者名       | (法人名)  |
| 申請種別       | (該当する番号に○をつけてください。)<br>1 寝屋川市内の介護予防通所介護の指定を受けている事業所<br>2 寝屋川市外の介護予防通所介護の指定を受けている事業所<br>3 介護予防通所介護の指定を受けていない事業所 |
| 事業所名       |  |
| 事業所所在地     |  |
| 最寄駅からのアクセス |  |
| 担当者        | 氏名:  |
|            | 連絡先:   |

|      |                  |                  |   |   |   |     |  |  |
|------|------------------|------------------|---|---|---|-----|--|--|
| 受付番号 |                  | 申請受付日            | 年 | 月 | 日 | 受付者 |  |  |
| 修正受付 | (1) / : ~ (受付者 ) | (2) / : ~ (受付者 ) |   |   |   |     |  |  |
|      | (3) / : ~ (受付者 ) | (4) / : ~ (受付者 ) |   |   |   |     |  |  |

| 申請に必要な書類           | チェック | 確認事項  |  |
|--------------------|------|-------|--|
| ①指定申請書(様式第1号)      |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印(社印、個人印不可)<br><input type="checkbox"/> 申請者欄の法人登記事項証明書との記載の一致<br><input type="checkbox"/> 役員6人以上は役員名簿   |
| ⑥⑦指定に係る記載事項(付表2-2) |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称、所在地、連絡先等に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 管理者は、管理者経歴書と相違ないか<br><input type="checkbox"/> 生活相談員は、資格要件を満たしているか<br><input type="checkbox"/> 従業者は、勤務形態一覧表(員数、常勤・非常勤、専従・兼務の内訳)と相違ないか<br><input type="checkbox"/> 主な掲示事項は、運営規程の内容(営業日、営業時間、利用料等)と相違ないか<br><input type="checkbox"/> 実施単位、単位ごとの状況について、運営規程の内容と相違ないか  |
| ⑩従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称、サービス種類に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> サービス提供時間中の職員の配置について職種ごとに必要な配置があるか<br><input type="checkbox"/> 管理者は常勤・専従で1人以上<br><input type="checkbox"/> 管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数(4週間分)を記載しているか<br><input type="checkbox"/> 職種は、管理者、従業者、その他(事務員等)に区分して記載しているか<br><input type="checkbox"/> 従業者の配置<br><利用定員15人以下の場合><br>通所型サービスの単位ごとに、サービス提供時間帯を通じて1人以上配置<br><利用定員16人以上の場合><br>通所型サービスの単位ごとに、サービス提供時間帯を通じて利用者の数が5人増すごとに1人追加して配置(利用者1人に対して、常勤換算0.2の配置が必要) |
| ⑬誓約書               |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 法人が誓約しているか<br><input type="checkbox"/> 法人代表者印押印   |
| ⑭平面図               |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 各室面積を記載しているか<br><input type="checkbox"/> ナースコール・手摺を記載しているか<br><input type="checkbox"/> サービスを提供するために必要な場所(利用定員×3㎡以上)が確保されているか<br><input type="checkbox"/> 静養室、相談室、事務室は、それぞれ必要な広さを有し遮蔽物の設置により、相談の内容が漏洩しないよう配慮されているか<br><input type="checkbox"/> 消防法その他の法令等の規定された設備を記載しているか   |
| ⑰連絡票(第1号事業指定申請)    |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 必要事項を記入しているか  |
| ⑰返信用封筒(定型)         |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 82円切手を貼付しているか<br><input type="checkbox"/> 事業所名、住所、指定事業所番号(既に指定番号を有する場合に限る)を記入   |
| ⑳指定書の写し            |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 原本証明<br><input type="checkbox"/> 寝屋川市内事業所は提出不要  |
| 定款又は寄附行為等の写し       |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 申請に係る事業を実施する旨の記載があるか<br><input type="checkbox"/> 原本証明   |

| 申請に必要な書類               | チェック | 確認事項  |
|------------------------|------|---|
| 運営規程                   |      | 追加・補正<br><input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針<br><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務内容<br><input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間（申込みや相談受付が可能な日・時間も記載。また、年間の休日も記載すること）<br><input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービスの提供方法、内容及び利用料その他の費用の額<br><input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域の記載<br><input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法<br><input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 |
| 法人登記事項証明書              |      | 追加・補正<br><input type="checkbox"/> 事業目的の登記<br><input type="checkbox"/> 3か月以内発行の原本（複数事業所同時申請の場合は写しでも可）  |
| 組織体制図                  |      | 追加・補正<br><input type="checkbox"/> 法人名称、事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 兼務関係（あり・なし）<br><input type="checkbox"/> 同一所在地の他事業（あり・なし）<br>※ 管理者や従業者が他の事業の職務を兼ねる場合は、兼務関係が明確に分かるように作成すること   |
| 管理者経歴書                 |      | 追加・補正<br><input type="checkbox"/> 事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 事業開始日以降の経歴についても記載<br>（例：平成29年4月1日から事業開始の場合、平成29年4月1日時点の経歴も記載する）  |
| 写真（カラー写真）              |      | 追加・補正<br><input type="checkbox"/> 外観<br><input type="checkbox"/> ナースコール（静養室・トイレ・脱衣室・浴室）<br><input type="checkbox"/> 鍵付書庫<br><input type="checkbox"/> トイレの外部開錠<br><input type="checkbox"/> 脱衣室の暖簾<br><input type="checkbox"/> 段差解消部分   |
| 案内図                    |      | 追加・補正<br><input type="checkbox"/> 事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 最寄り駅からの交通手段  |
| 設備・備品一覧表               |      | 追加・補正<br><input type="checkbox"/> 設備基準上適合すべき項目についての状況<br><input type="checkbox"/> 備品の数等は、平面図・写真との一致<br><input type="checkbox"/> 鍵付書庫  |
| 貸借借契約書の写し              |      | 追加・補正<br><input type="checkbox"/> 貸借借契約書（要・法人所有のため不要）<br><input type="checkbox"/> 貸主は医療法人・宗教法人以外<br><input type="checkbox"/> 法人名で契約<br><input type="checkbox"/> 契約期間（事業開始日を含んでいるか）<br><input type="checkbox"/> 更新条項<br><input type="checkbox"/> 使用目的（居住用不可）<br><input type="checkbox"/> 原本証明  |
| 苦情を処理するために講ずる措置の概要     |      | 追加・補正<br><input type="checkbox"/> 事業所名称、サービス種類に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 苦情処理台帳の整備の明記<br><input type="checkbox"/> 常設窓口（事業所TEL・FAX）の設置<br><input type="checkbox"/> 担当者設置  |
| 貸借対照表、損益計算書又は財産目録      |      | 追加・補正<br><input type="checkbox"/> 直近の決算期の貸借対照表・損益計算書<br><input type="checkbox"/> 決算を一度も行っていない法人は財産目録  |
| 損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類 |      | 追加・補正<br><input type="checkbox"/> 申込書・領収証<br><input type="checkbox"/> 法人名で契約しているか<br><input type="checkbox"/> 契約期間（事業開始日を含んでいるか）<br><input type="checkbox"/> 当該事業が保険対象か<br><input type="checkbox"/> 原本証明  |
| 変更届                    |      | 追加・補正<br><input type="checkbox"/> 提出不要<br><input type="checkbox"/> 提出要（法人情報・専用区画・その他）   |
| 廃止届                    |      | 追加・補正<br><input type="checkbox"/> 提出不要<br><input type="checkbox"/> 提出要  |
| 寝屋川市老人居宅生活支援事業開始届      |      | 追加・補正<br><input type="checkbox"/> 申請する事業所において既に老人デイサービス事業の届出をしている場合提出不要<br><input type="checkbox"/> 寝屋川市に所在する事業所以外は事業所所在地の所管庁に提出すること  |

備考

「申請に必要な書類一覧」を確認の上、必要書類及び本チェックリストを提出してください。

|      |  |       |   |   |   |     |  |
|------|--|-------|---|---|---|-----|--|
| 受理番号 |  | 申請受付日 | 年 | 月 | 日 | 受付者 |  |
|------|--|-------|---|---|---|-----|--|

寝屋川市福祉部高齢介護室 指定担当

電話 072-838-0372 (内線3689)

FAX 072-838-0102

# 通所型サービス(短期集中)指定申請書類チェックリスト

|            |  |
|------------|--|
| 申請者名       | (法人名)  |
| 申請種別       | (該当する番号に○をつけてください。)<br>1 寝屋川市内の介護予防通所介護の指定を受けている事業所<br>2 寝屋川市外の介護予防通所介護の指定を受けている事業所<br>3 介護予防通所介護の指定を受けていない事業所 |
| 事業所名       |  |
| 事業所所在地     |  |
| 最寄駅からのアクセス |  |
| 担当者連絡先     | 氏 名：   |
|            | 連絡先：   |

|      |                  |                  |   |   |   |     |  |
|------|------------------|------------------|---|---|---|-----|--|
| 受付番号 |                  | 申請受付日            | 年 | 月 | 日 | 受付者 |  |
| 修正受付 | (1) / : ~ (受付者 ) | (2) / : ~ (受付者 ) |   |   |   |     |  |
|      | (3) / : ~ (受付者 ) | (4) / : ~ (受付者 ) |   |   |   |     |  |

| 申請に必要な書類           | チェック | 確認事項  |  |
|--------------------|------|-------|--|
| ①指定申請書(様式第1号)      |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印(社印、個人印不可)<br><input type="checkbox"/> 申請者欄の法人登記事項証明書との記載の一致<br><input type="checkbox"/> 役員6人以上は役員名簿   |
| ⑧⑨指定に係る記載事項(付表2-3) |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称、所在地、連絡先等に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 管理者は、管理者経歴書と相違ないか<br><input type="checkbox"/> 生活相談員は、資格要件を満たしているか<br><input type="checkbox"/> 従業者は、勤務形態一覧表(員数、常勤・非常勤、専従・兼務の内訳)と相違ないか<br><input type="checkbox"/> 主な掲示事項は、運営規程の内容(営業日、営業時間、利用料等)と相違ないか<br><input type="checkbox"/> 実施単位、単位ごとの状況について、運営規程の内容と相違ないか  |
| ⑫従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称、サービス種類に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 管理者は常勤・専従で1人以上<br><input type="checkbox"/> 管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数(4週間分)を記載しているか<br><input type="checkbox"/> 運動器の機能向上プログラム担当者<br>理学療法士又は作業療法士又は柔道整復師 サービス提供時間を通じて専従1以上<br><input type="checkbox"/> 口腔機能向上プログラム担当者<br>歯科衛生士又は言語聴覚士 当該プログラム提供時間を通じて専従1以上<br><input type="checkbox"/> 栄養改善プログラム担当者<br>管理栄養士 当該プログラム提供時間を通じて専従1以上<br><input type="checkbox"/> 職種ごとに区分して記載しているか<br><input type="checkbox"/> 利用者が6人以上の場合、5人増すごとに1人追加して配置(利用者1人に対して、常勤換算0.2の配置が必要) |
| ⑬誓約書               |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 法人が誓約しているか<br><input type="checkbox"/> 法人代表者印押印   |
| ⑭平面図               |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 各室面積を記載しているか<br><input type="checkbox"/> ナースコール・手摺を記載しているか<br><input type="checkbox"/> サービスを提供するために必要な場所(利用定員×3㎡以上)が確保されているか<br><input type="checkbox"/> 静養室、相談室、事務室は、それぞれ必要な広さを有し遮蔽物の設置により、相談の内容が漏洩しないよう配慮されているか<br><input type="checkbox"/> 消防法その他の法令等の規定された設備を記載しているか   |
| ⑰連絡票(第1号事業指定申請)    |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 必要事項を記入しているか  |
| ⑰返信用封筒(定型)         |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 82円切手貼付しているか<br><input type="checkbox"/> 事業所名、住所、指定事業所番号(既に指定番号を有する場合に限る。)を記入   |
| ㉓指定書の写し            |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 原本証明<br><input type="checkbox"/> 寝屋川市内事業所は提出不要  |
| 定款又は寄付行為等の写し       |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 申請に係る事業を実施する旨の記載があるか<br><input type="checkbox"/> 原本証明   |

| 申請に必要な書類               | チェック | 確認事項  |   |
|------------------------|------|-------|---|
| 運営規程                   |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針<br><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務内容<br><input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間（申込みや相談受付が可能な日・時間も含めて記載。また、年間の休日も記載すること）<br><input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービスの提供方法、内容及び利用料その他の費用の額<br><input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域の記載<br><input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法<br><input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 |
| 法人登記事項証明書              |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業目的の登記<br><input type="checkbox"/> 3か月以内発行の原本（複数事業所同時申請の場合は写しでも可）   |
| プログラム担当者の資格証写し         |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 運動器の機能向上プログラム担当者：理学療法士、作業療法士、柔道整復師<br><input type="checkbox"/> 口腔機能向上プログラム担当者：歯科衛生士、言語聴覚士<br><input type="checkbox"/> 栄養改善プログラム担当者：管理栄養士<br><input type="checkbox"/> 原本証明  |
| 組織体制図                  |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 法人名称、事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 兼務関係（あり・なし）<br><input type="checkbox"/> 同一所在地の他事業（あり・なし）<br>※ 管理者や従業者が他の事業の職務を兼ねる場合は、兼務関係が明確に分かるように作成すること。   |
| 管理者経歴書                 |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 事業開始日以降の経歴についても記載<br>（例：平成29年4月1日から事業開始の場合、平成29年4月1日時点の経歴も記載する）   |
| 写真（カラー写真）              |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 外観<br><input type="checkbox"/> ナースコール（静養室、トイレ、脱衣室、浴室）<br><input type="checkbox"/> 鍵付書庫<br><input type="checkbox"/> トイレの外部開錠<br><input type="checkbox"/> 脱衣室の暖簾<br><input type="checkbox"/> 段差解消部分  |
| 案内図                    |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 最寄り駅からの交通手段   |
| 設備・備品一覧表               |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 設備基準上適合すべき項目についての状況<br><input type="checkbox"/> 備品の数等は、平面図・写真との一致<br><input type="checkbox"/> 鍵付書庫   |
| 賃貸借契約書の写し              |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 賃貸借契約書（要・法人所有のため不要）<br><input type="checkbox"/> 貸主は医療法人・宗教法人以外<br><input type="checkbox"/> 法人名で契約<br><input type="checkbox"/> 契約期間（事業開始日を含んでいるか）<br><input type="checkbox"/> 更新条項<br><input type="checkbox"/> 使用目的（居住用不可）<br><input type="checkbox"/> 原本証明   |
| 苦情を処理するために講ずる措置の概要     |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 事業所名称、サービス種類に誤りがないか<br><input type="checkbox"/> 苦情処理台帳の整備の明記<br><input type="checkbox"/> 常設窓口（事業所TEL・FAX）の設置<br><input type="checkbox"/> 担当者の設置  |
| 貸借対照表・損益計算書又は財産目録      |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 直近の決算期の貸借対照表・損益計算書<br><input type="checkbox"/> 決算を一度も行っていない法人は財産目録   |
| 損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類 |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 申込書、領収証<br><input type="checkbox"/> 法人名で契約しているか<br><input type="checkbox"/> 契約期間（事業開始日を含んでいるか）<br><input type="checkbox"/> 当該事業が保険対象か<br><input type="checkbox"/> 原本証明   |
| 変更届                    |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 提出不要<br><input type="checkbox"/> 提出要（法人情報・専用区画・その他）  |
| 廃止届                    |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 提出不要<br><input type="checkbox"/> 提出要   |
| 寝屋川市老人居宅生活支援事業開始届      |      | 追加・補正 | <input type="checkbox"/> 申請する事業所において既に老人デイサービス事業の届出をしている場合提出不要<br><input type="checkbox"/> 寝屋川市に所在する事業所以外は事業所所在地の所管庁に提出すること   |

備考

「申請に必要な書類一覧」を確認の上、必要書類及び本チェックリストを提出してください。

|      |  |       |   |   |   |     |  |
|------|--|-------|---|---|---|-----|--|
| 受理番号 |  | 申請受付日 | 年 | 月 | 日 | 受付者 |  |
|------|--|-------|---|---|---|-----|--|

寝屋川市福祉部高齢介護室 指定担当

電話 072-838-0372 (内線3689)

FAX 072-838-0102



## 申請に必要な書類一覧（寝屋川市内のみなし指定事業所用）

※ のみなし指定事業所…平成27年3月31日までに介護予防訪問介護又は介護予防通所介護の指定を受けている事業所

該当する必要書類及び指定申請書類チェックリスト（チェックしたもの）を記載の部数提出してください。

|  |   |                   |         |
|--|---|-------------------|---------|
| (1) 平成27年3月31日以前に介護予防訪問介護の指定を受けている事業所において訪問型サービスの指定申請をする場合 | 指定申請書類チェックリストに記載の「申請に必要な書類」のうち、提出が必要な書類 | 確認する指定申請書類チェックリスト | 提出部数(部) |
| i 現行相当のみを申請する場合  | のみなし指定のため、申請は不要(15◎)                    |                   |         |
| ii 基準緩和のみを申請する場合   | ① ③ ⑬ ⑰                                 | ⑱                 | 1       |

(注) 現行相当及び基準緩和を同時に実施する場合、現行相当はのみなし指定のため、基準緩和のみを申請して下さい。

|  |   |                   |         |
|--|---|-------------------|---------|
| (2) 平成27年3月31日以前に介護予防通所介護の指定を受けている事業所において通所型サービスの指定申請をする場合 | 指定申請書類チェックリストに記載の「申請に必要な書類」のうち、提出が必要な書類 | 確認する指定申請書類チェックリスト | 提出部数(部) |
| i 現行相当のみを申請する場合  | のみなし指定のため不要(16◎)                        |                   |         |
| ii 基準緩和のみを申請する場合   | ① ⑥ ⑦※ ⑬ ⑭ ⑰                            | ⑳                 | 1       |
| iii 短期集中のみを申請する場合  | ① ⑧ ⑨※ ⑫ ⑬ ⑭ ⑰                          | ㉑                 | 1       |
| iv 基準緩和と短期集中を申請する場合  | ① ⑥ ⑦※ ⑧ ⑨※ ⑫ ⑬ ⑭ ⑰                     | ㉑、㉒               | 1       |

(注) 現行相当を同時に実施(例…現行相当及び基準緩和、現行相当及び短期集中、現行相当と基準緩和及び短期集中)する場合、現行相当はのみなし指定のため、現行相当以外のサービスのみ申請して下さい。

※ 2単位目以降を設定する場合のみ提出が必要です。

◎ 訪問型サービス(現行相当)又は通所型サービス(現行相当)の介護給付費算定に係る体制等については、申請するサービスと同一種類のサービス(介護予防訪問介護又は介護予防通所介護)において現在届け出ている「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」の内容と同一の場合、届け出いただく必要はありません。同一でない場合は所定の様式を提出してください。

- ① (様式第1号)寝屋川市介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定(更新)申請書
- ② (付表1-1)訪問型サービス(現行相当)事業者の指定に係る記載事項
- ③ (付表1-2)訪問型サービス(基準緩和)事業者の指定に係る記載事項
- ④ (付表2-1)通所型サービス(現行相当)事業者の指定に係る記載事項
- ⑤ (付表2-1別紙)通所型サービス(現行相当)事業者の指定に係る記載事項(2単位目以降)
- ⑥ (付表2-2)通所型サービス(基準緩和)事業者の指定に係る記載事項
- ⑦ (付表2-2別紙)通所型サービス(基準緩和)事業者の指定に係る記載事項(2単位目以降)
- ⑧ (付表2-3)通所型サービス(短期集中)事業者の指定に係る記載事項
- ⑨ (付表2-3別紙)通所型サービス(短期集中)事業者の指定に係る記載事項(2単位目以降)
- ⑩ 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(訪問型サービス)
- ⑪ 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(通所型サービス現行相当・基準緩和)
- ⑫ 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(通所型サービス短期集中)
- ⑬ 誓約書
- ⑭ 平面図
- ⑮ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(訪問型サービス(現行相当))
- ⑯ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(通所型サービス(現行相当))
- ⑰ 連絡票及び返信用封筒(事業所名、住所、指定事業所番号を記入の上、82円切手を貼付)
- ⑱ 訪問型サービス(現行相当)指定申請書類チェックリスト
- ⑲ 訪問型サービス(基準緩和)指定申請書類チェックリスト
- ⑳ 通所型サービス(現行相当)指定申請書類チェックリスト
- ㉑ 通所型サービス(基準緩和)指定申請書類チェックリスト
- ㉒ 通所型サービス(短期集中)指定申請書類チェックリスト

## 申請に必要な書類一覧（寝屋川市内のみなし指定以外の事業所用）

※ みなし指定以外の事業所…平成27年4月1日以降に介護予防訪問介護又は介護予防通所介護の指定を受けている事業所

該当する必要書類及び指定申請書類チェックリスト（チェックしたものを）に記載の部数提出してください。

| (1) 平成27年4月1日以降に介護予防訪問介護の指定を受けている事業所において訪問型サービスの指定申請をする場合 |                  | 指定申請書類チェックリストに記載の「申請に必要な書類」のうち、提出が必要な書類 |   |    |    |   |   | 確認する指定申請書類チェックリスト | 提出部数(部)     |
|---|------------------|---|---|----|----|---|---|-------------------|-------------|
| i   | 現行相当のみを申請する場合    | ①                                       | ⑬ | ⑮◎ | ⑰  | — |   | ⑱                 | 1           |
| ii  | 基準緩和のみを申請する場合    | ①                                       | ③ | ⑬  | ⑰  | — |   | ⑲                 | 1           |
| iii   | 現行相当と基準緩和を申請する場合 | ①                                       | ③ | ⑬  | ⑮◎ | ⑰ | — | ⑱、⑲               | 2<br>(同じもの) |

| (2) 平成27年4月1日以降に介護予防通所介護の指定を受けている事業所において通所型サービスの指定申請をする場合 |                       | 指定申請書類チェックリストに記載の「申請に必要な書類」のうち、提出が必要な書類 |   |    |   |    |    |    |   | 確認する指定申請書類チェックリスト | 提出部数(部)     |             |             |
|---|-----------------------|---|---|----|---|----|----|----|---|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| i   | 現行相当のみを申請する場合         | ①                                       | ⑬ | ⑮◎ | ⑰ | —  |    |    | ⑳ | 1                 |             |             |             |
| ii  | 基準緩和のみを申請する場合         | ①                                       | ⑥ | ⑦※ | ⑬ | ⑭  | ⑰  | —  | ㉑ | 1                 |             |             |             |
| iii   | 短期集中のみを申請する場合         | ①                                       | ⑧ | ⑨※ | ⑫ | ⑬  | ⑭  | ⑰  | — | ㉒                 | 1           |             |             |
| iv  | 現行相当と基準緩和を申請する場合      | ①                                       | ⑥ | ⑦※ | ⑬ | ⑭  | ⑮◎ | ⑰  | — | ㉑、㉒               | 2<br>(同じもの) |             |             |
| v   | 現行相当と短期集中を申請する場合      | ①                                       | ⑧ | ⑨※ | ⑫ | ⑬  | ⑭  | ⑮◎ | ⑰ | —                 | ㉑、㉒         | 2<br>(同じもの) |             |
| vi  | 基準緩和と短期集中を申請する場合      | ①                                       | ⑥ | ⑦※ | ⑧ | ⑨※ | ⑫  | ⑬  | ⑭ | ⑰                 | —           | ㉑、㉒         | 1           |
| vii   | 現行相当と基準緩和と短期集中を申請する場合 | ①                                       | ⑥ | ⑦※ | ⑧ | ⑨※ | ⑫  | ⑬  | ⑭ | ⑮◎                | ⑰           | ㉑、㉒、㉒       | 2<br>(同じもの) |

※ 2単位目以降を設定する場合のみ提出が必要です。

◎ 訪問型サービス（現行相当）又は通所型サービス（現行相当）の介護給付費算定に係る体制等については、申請するサービスと同一種類のサービス（介護予防訪問介護又は介護予防通所介護）において現在届け出ている「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」の内容と同一の場合、届け出いただく必要はありません。同一でない場合は所定の様式を提出してください。

①（様式第1号）寝屋川市介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定（更新）申請書

②（付表1-1）訪問型サービス(現行相当)事業者の指定に係る記載事項

③（付表1-2）訪問型サービス(基準緩和)事業者の指定に係る記載事項

④（付表2-1）通所型サービス(現行相当)事業者の指定に係る記載事項

⑤（付表2-1別紙）通所型サービス(現行相当)事業者の指定に係る記載事項（2単位目以降）

⑥（付表2-2）通所型サービス(基準緩和)事業者の指定に係る記載事項

⑦（付表2-2別紙）通所型サービス(基準緩和)事業者の指定に係る記載事項（2単位目以降）

⑧（付表2-3）通所型サービス(短期集中)事業者の指定に係る記載事項

⑨（付表2-3別紙）通所型サービス(短期集中)事業者の指定に係る記載事項（2単位目以降）

⑩ 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（訪問型サービス）

⑪ 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（通所型サービス現行相当・基準緩和）

⑫ 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（通所型サービス短期集中）

⑬ 誓約書

⑭ 平面図

⑮ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（訪問型サービス（現行相当））

⑯ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（通所型サービス（現行相当））

⑰ 連絡票及び返信用封筒（事業所名、住所、指定事業所番号を記入の上、82円切手を貼付）

⑱ 訪問型サービス（現行相当）指定申請書類チェックリスト

⑲ 訪問型サービス（基準緩和）指定申請書類チェックリスト

⑳ 通所型サービス（現行相当）指定申請書類チェックリスト

㉑ 通所型サービス（基準緩和）指定申請書類チェックリスト

㉒ 通所型サービス（短期集中）指定申請書類チェックリスト

申請に必要な書類一覧（介護予防訪問介護又は指定介護予防通所介護の指定を受けている寝屋川市外事業所用）

該当する必要書類及び指定申請書類チェックリスト（チェックしたもの）を記載の部数提出してください。

| (1) 訪問型サービスの指定申請をする場合 | 指定申請書類チェックリストに記載の「申請に必要な書類」のうち、提出が必要な書類 |   |   |   |   |   |   |   |  |   | 確認する指定申請書類チェックリスト | 提出部数(部)     |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|-------------------|-------------|
| i 現行相当のみを申請する場合*      | ①                                       | ② | ⑬ | ⑮ | ⑰ | ⑳ | — |   |  |   | ⑱                 | 1           |
| ii 基準緩和のみを申請する場合      | ①                                       | ③ | ⑬ | ⑰ | ⑳ | — |   |   |  | ⑲ | 1                 |             |
| iii 現行相当と基準緩和を申請する場合* | ①                                       | ② | ③ | ⑬ | ⑮ | ⑰ | ⑳ | — |  |   | ⑱、⑲               | 2<br>(同じもの) |

\* みなし指定（平成27年3月31日以前に介護予防訪問介護の指定を受けている）事業所は現行相当の指定申請は不要です。

| (2) 通所型サービスの指定申請をする場合      | 指定申請書類チェックリストに記載の「申請に必要な書類」のうち、提出が必要な書類 |   |    |   |    |   |    |   |   |   |   |   |     | 確認する指定申請書類チェックリスト | 提出部数(部)     |
|----------------------------|---|---|----|---|----|---|----|---|---|---|---|---|-----|-------------------|-------------|
| i 現行相当のみを申請する場合*           | ①                                       | ④ | ⑤※ | ⑬ | ⑭  | ⑯ | ⑰  | ⑳ | — |   |   |   | ⑳   | 1                 |             |
| ii 基準緩和のみを申請する場合           | ①                                       | ⑥ | ⑦※ | ⑬ | ⑭  | ⑰ | ⑳  | — |   |   |   | ㉑ | 1   |                   |             |
| iii 短期集中のみを申請する場合          | ①                                       | ⑧ | ⑨※ | ⑫ | ⑬  | ⑭ | ⑰  | ⑳ | — |   |   |   | ㉒   | 1                 |             |
| iv 現行相当と基準緩和を申請する場合        | ①                                       | ④ | ⑤※ | ⑥ | ⑦※ | ⑬ | ⑭  | ⑯ | ⑰ | ⑳ | — |   | ⑳、㉑ | 2<br>(同じもの)       |             |
| v 現行相当と短期集中を申請する場合         | ①                                       | ④ | ⑤※ | ⑧ | ⑨※ | ⑫ | ⑬  | ⑭ | ⑯ | ⑰ | ⑳ | — |     | ⑳、㉒               | 2<br>(同じもの) |
| vi 基準緩和と短期集中を申請する場合        | ①                                       | ⑥ | ⑦※ | ⑧ | ⑨※ | ⑫ | ⑬  | ⑭ | ⑰ | ⑳ | — |   | ㉑、㉒ | 1                 |             |
| vii 現行相当と基準緩和と短期集中を申請する場合* | ①                                       | ④ | ⑤※ | ⑥ | ⑦※ | ⑧ | ⑨※ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑯ | ⑰ | ⑳   | ㉑、㉑、㉒             | 2<br>(同じもの) |

※ 2単位目以降を設定する場合のみ提出が必要です。

\* みなし指定（平成27年3月31日以前に介護予防通所介護の指定を受けている）事業所は現行相当の指定申請は不要です。

- ①（様式第1号）寝屋川市介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定（更新）申請書
- ②（付表1-1）訪問型サービス(現行相当)事業者の指定に係る記載事項
- ③（付表1-2）訪問型サービス(基準緩和)事業者の指定に係る記載事項
- ④（付表2-1）通所型サービス(現行相当)事業者の指定に係る記載事項
- ⑤（付表2-1別紙）通所型サービス(現行相当)事業者の指定に係る記載事項（2単位目以降）
- ⑥（付表2-2）通所型サービス(基準緩和)事業者の指定に係る記載事項
- ⑦（付表2-2別紙）通所型サービス(基準緩和)事業者の指定に係る記載事項（2単位目以降）
- ⑧（付表2-3）通所型サービス(短期集中)事業者の指定に係る記載事項
- ⑨（付表2-3別紙）通所型サービス(短期集中)事業者の指定に係る記載事項（2単位目以降）
- ⑩ 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（訪問型サービス）
- ⑪ 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（通所型サービス現行相当・基準緩和）
- ⑫ 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（通所型サービス短期集中）
- ⑬ 誓約書
- ⑭ 平面図
- ⑮ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（訪問型サービス（現行相当））
- ⑯ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（通所型サービス（現行相当））
- ⑰ 連絡票及び返信用封筒（事業所名、住所、指定事業所番号を記入の上、82円切手を貼付）
- ⑱ 訪問型サービス（現行相当）指定申請書類チェックリスト
- ⑲ 訪問型サービス（基準緩和）指定申請書類チェックリスト
- ⑳ 通所型サービス（現行相当）指定申請書類チェックリスト
- ㉑ 通所型サービス（基準緩和）指定申請書類チェックリスト
- ㉒ 通所型サービス（短期集中）指定申請書類チェックリスト
- ㉓ 申請するサービスと同一種類（介護予防訪問介護又は介護予防通所介護）の指定書の写し（原本証明）

**申請に必要な書類一覧（介護予防訪問介護又は介護予防通所介護の指定を受けていない事業所用）**

該当する必要書類及び指定申請書類チェックリスト（チェックしたもの）を記載の部数提出してください。

|   |                  |   |                   |             |
|---|------------------|---|-------------------|-------------|
| (1) 介護予防訪問介護の指定を受けていない事業所において新たに訪問型サービスの指定申請を行う場合 |                  | 指定申請書類チェックリストに記載の「申請に必要な書類」のうち、提出が必要な書類 | 確認する指定申請書類チェックリスト | 提出部数<br>(部) |
| i   | 現行相当のみを申請する場合    | 指定申請書類チェックリストに記載の書類全て                   | ⑮                 | 1           |
| ii  | 基準緩和のみを申請する場合    |   | ⑲                 | 1           |
| iii   | 現行相当と基準緩和を申請する場合 |   | ⑮、⑲               | 1           |

|   |                       |   |                   |             |
|---|-----------------------|---|-------------------|-------------|
| (2) 介護予防通所介護の指定を受けていない事業所において新たに通所型サービスの指定申請を行う場合 |                       | 指定申請書類チェックリストに記載の「申請に必要な書類」のうち、提出が必要な書類 | 確認する指定申請書類チェックリスト | 提出部数<br>(部) |
| i   | 現行相当のみを申請する場合         | 指定申請書類チェックリストに記載の書類全て                   | ⑳                 | 1           |
| ii  | 基準緩和のみを申請する場合         |   | ㉑                 | 1           |
| iii   | 短期集中のみを申請する場合         |   | ㉒                 | 1           |
| iv  | 現行相当と基準緩和を申請する場合      |   | ⑳、㉑               | 1           |
| v   | 現行相当と短期集中を申請する場合      |   | ⑳、㉒               | 1           |
| vi  | 基準緩和と短期集中を申請する場合      |   | ㉑、㉒               | 1           |
| vii   | 現行相当と基準緩和と短期集中を申請する場合 |   | ⑳、㉑、㉒             | 1           |

- ⑮ 訪問型サービス（現行相当）指定申請書類チェックリスト
- ⑲ 訪問型サービス（基準緩和）指定申請書類チェックリスト
- ⑳ 通所型サービス（現行相当）指定申請書類チェックリスト
- ㉑ 通所型サービス（基準緩和）指定申請書類チェックリスト
- ㉒ 通所型サービス（短期集中）指定申請書類チェックリスト

寝屋川市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業所の兼務  
が可能な範囲について

業務に支障が無い範囲で兼務（それぞれの職務を勤務時間を切り分けることなく一体的に行うこと）が可能な職務は、次のとおりです。

兼務が可能な職務については、従事した時間全てを常勤換算に含めることが可能です。ただし、通所介護に係る、サービス提供体制強化加算、中重度ケア体制加算、認知症加算の算定に当たっては、緩和した基準によるサービスの従事者は含めないものとします。

|    | サービス          | 兼務が可能な職務  |
|----|---------------|---|
| 訪問 | (介護予防) 訪問介護   | <u>① 管理者、サービス提供責任者、訪問事業責任者</u>  |
|    | 現行相当サービス      | <u>② 訪問介護員、在宅支援員</u>  |
|    | 緩和した基準によるサービス | ①、②それぞれに列挙する左記のサービス（同一敷地内の事業所に限る。）における職務を兼務することができます。<br>①と②を組み合わせた兼務はできません。                                    |
| 通所 | (介護予防) 通所介護   | <u>③ 管理者、生活相談員</u>  |
|    | 現行相当サービス      | <u>④ 機能訓練指導員</u>  |
|    | 緩和した基準によるサービス | <u>⑤ 介護職員、緩和した基準によるサービスの従事者</u><br>③～⑤それぞれに列挙する左記のサービス（同一敷地内の事業所に限る。）における職務を兼務することができます。<br>③～⑤を組み合わせた兼務はできません。 |

上記のほか、複数の事業所（同一敷地内の事業所に限る。）の管理者のみを兼務することができます。