指定申請等書類一覧チェックリスト（障がい児通所支援）

申請（開設）者名　　　　　　　　　　　　　　事業所名

**●指定関係**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 提出書類 | 説　　　　　明 | ※OS確認 |
| □ | 指定申請書 | □　申請（設置）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  □　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  □　事業所名称、所在地が、付表、運営規程等の添付書類と一致しているか  □　更新の場合、「指定申請書」を「更新申請書」に変更しているか。 | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 障がい児通所支援事業等開始届 | □　申請書、付表及び運営規程等と整合性がとれているか  □　複数種類の事業等を開始、変更する場合にそれぞれの種類ごとに作成されているか | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 各事業所の指定に係る記載事項 | □　事業所の名称、所在地が申請書、運営規程その他添付書類と一致しているか  □　管理者、児童発達支援管理責任者の氏名、住所が経歴書と一致しているか  □　管理者が他の職種又は他の事業所と兼務する場合記入がなされているか  **○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項**  □　「利用定員」、「営業日」、「営業時間」、「利用料」、「その他の費用」、「通常の事業の実施地域」の各欄について、運営規定その他の添付書類と一致しているか。  □　「協力医療機関」の欄に記載の医療機関と連携に関する承諾書に記載の医療機関が一致しているか  **○一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項**  □　事業所の名称、所在地が申請書、運営規程その他添付書類と一致しているか  □　管理者、児童発達支援管理責任者の氏名、住所が経歴書と一致しているか  □　管理者が他の職種又は他の事業所と兼務する場合記入がなされているか  □　「利用定員」、「営業日」、「営業時間」、「利用料」、「その他の費用」、「通常の事業の実施地域」の各欄について、運営規定その他の添付書類と一致しているか。  □　「協力医療機関」の欄に記載の医療機関と連携に関する承諾書に記載の医療機関が一致しているか | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 法人登記事項証明書 | □　目的の欄に事業を実施する旨の記載があるか。  　（例：児童福祉法に基づく指定障害児通所支援事業の実施　等）  □　社会福祉法人、医療法人等で事業目的未登記の場合は、定款変更認可書が添付されているか | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 事業所の構造概要及び平面図 | □　当該事業に使用する全ての施設が記載されているか。また当該事業に使用する全ての施設の構造概要及び平面図が添付されているか  □　各部屋の面積、用途（発達支援室、事務室等）が記載されている　か  □　必要な設備基準を充たしているか  　（発達支援室：１人当たり2.47㎡以上）  □　多機能型等の複数の事業所で同一建物を使用する場合には事業ごとに使う施設が区別されているか  □　異なる場所で実施する多機能型事業所や従たる事業所の場合にはそれぞれの位置関係が分かる地図等を添付しているか | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 建物の登記簿又は賃貸借契約書の写し | □　建物の登記簿（自己所有）又は賃貸借契約書の写しが添付されているか | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 建築基準法等の適合状況を証する書面（他法関係の協議） | □　建築確認や福祉のまちづくり条例及び消防法に関する協議記録を記した書面の添付はあるか  □　協議の際、指導された事項について、対応したか  　（例：誘導灯、消火器等の設置　等） | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 設備・備品等一覧表 | □　消防設備、衛生用品を含め、当該事業で使用する備品の一覧表が添付されているか | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 防災計画の写し | □　地震、火災、風水害等に対する具体的な防災計画となっているか | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 事業計画書・支援プログラム | □　事業所の事業計画が作成されているか  □　１日及び年間のスケジュールが記載されているか  □　運営規定その他の書類と整合性が取れているか  □　５領域とのつながりを明確化した事業所全体の支援プログラムを作成しているか | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 収支予算書 | □　事業開始予定日から定款に記載されている法人の会計年度終了月の当該事業に関する収支予算書が作成されているか  □　収入金額（障害児通所給付費）の算出根拠が明確に示されているか  □　支出金額（人件費）の算出根拠が明確に示されているか | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 経歴書 | □　各職種の経歴書において氏名、住所、電話番号、生年月日、主な職歴等が正確に記載されているか  □　経歴が省略なく記載されているか | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 実務経験証明書 | □　業務期間及び従事日数が記入されているか  □　実務経験証明書が取得できない場合、実務経験証明書に記載の内容が確認できる他の書類が添付されているか。（雇用契約書　等） | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 修了証の写し  （原本証明不要） | □　児童発達支援管理責任者として従事する者について、研修を修了した旨の証明書の写しを添付しているか  □　相談支援従事者研修に関する証明書（下記のいずれか）  　　・受講証明書（１、２日目の受講に関するもの）  　　・初任者又は現任研修の修了証  □　サビ管・児発管研修に関する証明書  　　・基礎研修及び実践研修の修了証の写し又は更新研修修了証の写し | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 運営規程 | □　以下の内容が具体的に記載された運営規定が添付されているか  □　事業の目的及び運営の方針  □　従業者の職種、員数及び職務の内容  □　営業日および営業時間  □　利用定員  □　指定障がい児通所支援の内容及び通所給付決定保護者等から  受領する費用及びその額  □　通常の事業の実施地域  □　サービスの利用にあたっての留意事項  □　緊急時等における対応方法  □　非常災害対策（地震、火災、風水害等）  □　事業の主たる対象とする障害の種類を定めた場合には当該障  がいの種類  □　虐待の防止のための措置に関する事項  □　その他運営に関する重要事項 | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 利用者又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 | □　利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口が設置されているか  □　事業所のスタッフから担当者が選任されているか  □　苦情解決の責任者が選任されているか  □　担当者と責任者が別の者であるか  □　処理体制・手順が適切であるか | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | □　指定年月日の属する月分を作成しているか  　　※申請書提出日の属する月分ではない  □　サービスの種類ごとに作成しているか  □　単位を設けてサービスを提供する場合、単位毎に別葉で作成しているか  □　主たる事業所と従たる事業所でサービスを提供する場合、主たる事業所と従たる事業所を別葉にして作成しているか  □　管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数を記載しているか  □　「職種」欄は、管理者・児童発達支援管理責任者・嘱託医・看護師・指導員・児童指導員・保育士・機能訓練担当職員・その他の従事者（事務員等）に区分して記載しているか  □　「勤務形態」欄は、指定を受ける事業所の勤務形態を記載しているか（以下を参考に記載）  　・「常勤・専従」：当該事業所において、常勤として1職種に従事  　・「常勤・兼務」：当該事業所において、常勤として複数職種に従事  　・「非常勤・専従」：当該事業所において、常勤に満たない時間又は他の事業所で勤務し、当該事業所において１職種に従事  　・「非常勤・兼務」：当該事業所において、常勤に満たない時間又は他の事業所で勤務し、当該事業所において複数職種に従事 | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 資格証の写し | * 有資格者の資格証の写しが添付されているか   ※「保母資格証明書」では、保育士としての配置はできません。  □　児童指導員については、資格要件を確認するための書類を添付しているか  ※別紙「児童指導員の資格要件」を確認のこと | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 組織体系図 | * 従業者氏名を記載した組織体系図を添付しているか * 法人全体の組織体系図になっているか（事業所が複数ある場合） | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 誓約書 | □　申請者の名称、代表者の職名及び氏名を記入しているか  □　該当する種別に〇を付けているか。  □　別紙を添付しているか | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 暴力団関係者排除に係る誓約書 | □　役員等名簿のふりがな、生年月日、性別、住所等が漏れていないか  □　役員のほか、管理者の記載があるか | □　確認済み  □　補正指示  □　暴排入力済み |
| □ | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 | □　主たる対象者が、付表や運営規定その他の書類と一致しているか | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 協力医療機関との契約内容がわかるもの | □　利用者の病状の急変等に備えるための協力医療機関との契約内容が分かるものが添付されているか | □　確認済み  □　補正指示 |
| □ | 不慮の事故に備えた体制の整備 | □　損害賠償責任保険証書の写しが添付されているか  □　送迎サービスを行っている場合には送迎車についての傷害保険等の写しが添付されているか  　※３列以上の送迎車には、ブザーの設置が必要 | □　確認済み  □　補正指示 |

**●報酬関係**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 提出書類 | 説　　　　　明 |  |
| □ | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書 | □　様式第１号（表面、裏面）、別紙１に必要事項が記載されているか  □　各種加算に関する届出書及び加算算定に必要な書類が添付されているか。 | □　確認済み  □　補正指示 |

**※申請書類に、この一覧チェックリスト（チェック後）の写しを添付してください。**

※形式審査

　審査担当者（OS）　　　　　　　　補正指示修正期限　令和　　年　　月　　日