

# 指定申請手続きの概要〈通所介護〉

## 1 通所介護事業について

通所介護事業とは、在宅の要介護者等に老人デイサービス等の施設へ通ってきてもらい、その施設において心身の維持回復を図り、日常生活上の自立を助けるために機能訓練や入浴・排泄・食事等の介護、その他日常生活上のサービスを提供するものです。

なお、平成28年4月から通所介護事業においては、利用定員19人以上という要件が新たに定められています。利用定員18人以下は、地域密着型通所介護事業となり、事業所の所在地の保険者の管轄となりますのでそちらにご相談ください。

## 2 指定申請方法について

### (1) 事前協議

指定申請は事前協議制ですので、必ず事業着手前（用地・施設取得を含む）にご相談ください。事前協議（図面協議、スケジュール・基準確認）を行わないで着手したものについては、基準を満たさず指定できない場合もありますので留意願います。（※平面図・工程表にて確認します）

### (2) 受付

① 指定申請書の受付は、指定予定日（毎月1日）の前々月末（必着）に締め切ります。

なお、その日が土・日・祝日等の閉庁日であった場合は、閉庁日の翌日が締め切り日となります。

② 提出書類等

3の「指定申請に必要な書類について」を参照してください。

③ 提出先及び提出部数

所轄の保健福祉環境事務所（保健福祉事務所）に、1部提出してください。

なお、申請書を郵送される場合は、不着等のトラブルを避けるため、必ず書留（簡易書留でも可）とし、封筒に「指定申請書類在中」と朱書きしてください。

また、ヒアリング時に使用しますので、必ず控えを1部作っておいてください。

④ ヒアリング

ヒアリングを行いますので、予約の上、申請書を持参来庁願います。

・ヒアリング出席者 申請法人の代表者及び事業所の管理者(予定者)

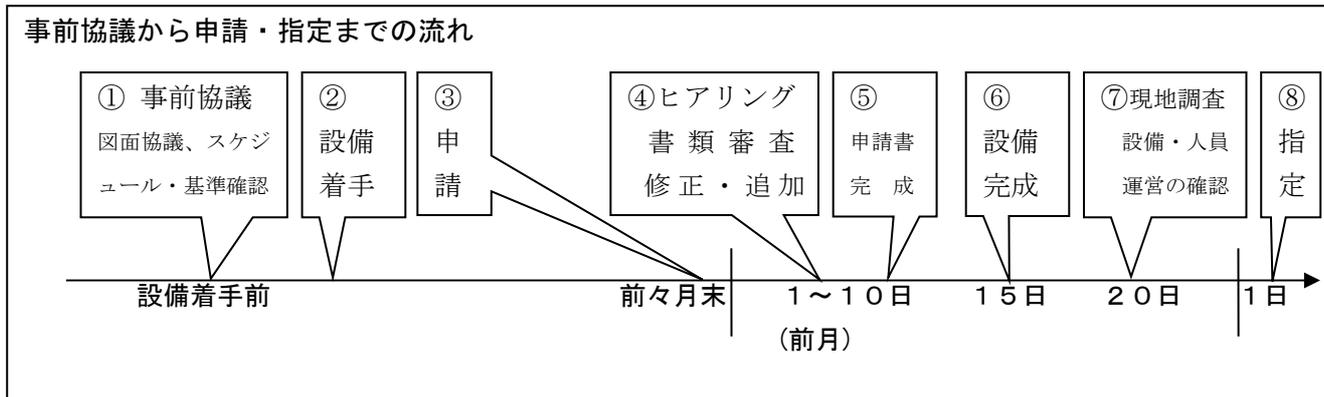
・ヒアリング会場 指定申請所轄事務所内（保健福祉環境事務所・保健福祉事務所）

⑤ 現地調査

通所介護事業所指定の際には、必ず現地調査を行います。指定予定日から土・日・祝日を除いて4日以上前に現地調査ができれば、その予定日での指定は難しくなります。

### (3) 指定

指定日（事業開始日）は、原則として要件審査終了後の直近の1日です。



### 3 指定申請に必要な書類について

- (1) 申請書等の必要書類を添付しています。漏れなく記入して期限内に提出してください。
- (2) 使用する印鑑はすべて法務局に登録されている法人の代表者印を使用してください。
- (3) 申請書類の規格は、特段に定めのない限りA4サイズ(日本工業規格A列4番)としてください。
- (4) 下記の5「申請書記載例等について」を参照の上、記入してください。
- (5) 別添「指定申請に必要な書類一覧(チェックリスト)」を使い、チェック漏れがないか確認の上、申請書に必ず添付してご提出下さい。
- (6) チェック漏れ、書類の記入漏れ、添付漏れがある場合は申請書を受理できません。
- (7) 申請時に添付できない書類がある場合は、担当にご相談ください。
- (8) 申請書類の右側に必ずインデックス(指定申請に必要な書類一覧(チェックリスト)の提出書類の番号)を付けてください。

### 4 指定を受けるための要件について (介護保険法第70条第2項)

指定を受けるために必要な要件は、次の(1)～(5)のとおりですが、それを具体的に記述した「福岡県介護サービス事業等の人員、設備及び運営の基準等に関する条例」(平成24年10月12日福岡県条例第55号)、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」及びその解釈通知「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準について」(以下、法令等という。)を福岡県ホームページに掲載しています。

必ず、全文を熟読し、理解した上で申請してください。

- (1) 法人であること。
- (2) 事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が法令等に定める基準及び員数を満たしていること。
- (3) 事業所の設備が法令等に定める基準を満たしていること。
- (4) 法令等に定める運営に関する基準に従って適正な事業の運営ができること。
- (5) 法人及びその役員等が法令等に定める欠格事項に該当していないこと。

### 5 申請書類記載例等について

申請書類の記載例等を添付しています。書類作成の際の参考にしてください。

### 6 老人福祉法に基づく「老人福祉施設」の届出について

介護保険法に基づく通所介護事業を行う場合には、老人福祉法の適用を受けることとなりますので、「老人デイサービスセンター等設置届」の届出が必要となります。事業者指定を受けた後速やかに所轄の保健福祉環境事務所(保健福祉事務所)へ届出を行ってください。

○老人福祉法に基づく老人福祉施設等の届出に関する問い合わせ先

管轄の保健福祉環境事務所・保健福祉事務所 (別表【指定申請書提出先一覧】のとおり)

## 7 他法令について

介護保険法以外の法令上必要となる手続きにはご注意ください。以下は手続きの例です。

- (1) 法人設立を行った場合は、設立登記が必要です。届出、許可、認証などが必要な法人もあります。
  - 法務局（設立登記）
  - 営利法人以外の場合は、各法令に基づく法人所管行政庁（届出、許可、認証など）
- (2) 従業員を雇用した場合は、雇用関係や社会保険関係の届出が必要です。
  - 公共職業安定所（雇用保険適用事業所設置届、雇用保険被保険者資格取得届）  
（又は労働基準監督署）
  - 年金事務所（健康保険・厚生年金保険新規適用届、健康保険・厚生年金保険被保険者報酬月額算定基礎届、健康保険・厚生年金保険被保険者資格取得届、健康保険被扶養者（異動）届）
- (3) 市街化調整区域内には原則として事業所を設置することはできませんので、設置予定地の都市計画区域の状況を確認する必要があります。
  - 市町村の都市計画所管部局（都市計画区域の確認、開発許可申請）  
※開発許可申請を行ったときは申請書の写しを提出して下さい。
- (4) 事業所の建築物は、建築基準法、福岡県福祉のまちづくり条例、消防法等に適合している必要があります。
  - 県土整備事務所（建築基準法、福岡県福祉のまちづくり条例関係手続）  
（大牟田市内においては、大牟田市役所）
  - 消防署又は消防本部（消防法関係）

## 8 介護サービス情報の公表について

介護保険法が改正され、平成18年4月から、利用者が介護サービス事業者を選択するに当たっての判断に資する介護サービス情報を、円滑かつ容易に取得できる環境整備を図り、介護保険の基本理念である「利用者本位」、「高齢者の自立支援」、「利用者による選択（自己決定）」を現実のサービス利用において保障するための具体的な仕組みとして、「介護サービス情報の公表」が義務付けされました。

### (1) 対象サービス

ア 訪問介護、イ 訪問入浴介護（介護予防を含む）、ウ 訪問看護（介護予防を含む）、エ 訪問リハビリテーション（介護予防を含む）、オ 通所介護、カ 通所リハビリテーション（介護予防を含む）、キ 特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）、ク 福祉用具貸与（介護予防を含む）、ケ 特定福祉用具販売（介護予防を含む）、コ 短期入所生活介護（介護予防を含む）、サ 短期入所療養介護（介護予防を含む）、シ 居宅介護支援、ス 介護老人福祉施設、セ 介護老人保健施設、ソ 介護医療院、タ 介護療養型医療施設（8床以下を除く）、チ 認知症対応型通所介護（介護予防を含む）、ツ 地域密着型特定施設入居者生活介護、テ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、ト 指定療養通所介護、ナ 夜間対応型訪問介護、ニ 小規模多機能型居宅介護（介護予防を含む）、ヌ 認知症対応型共同生活介護（介護予防を含む）、ネ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、ノ 看護小規模多機能型居宅介護

### (2) 公表の時期

事業開始時及び1年に1回です。なお、新規事業者は基本情報のみとし、運営情報（調査情報）は免除になりますが、事業開始後に任意で公表することは可能です。

### (3) 手数料

公表のための手数料は発生しませんが、調査を受けることを希望する場合は、調査手数料として19,000円が必要となります。

## 9 災害時情報共有システムについて

災害時における高齢者施設・事業所の被害状況を国・自治体が迅速に把握・共有し、被災した介護施設等への迅速かつ適切な支援につなげるため、介護サービス情報公表システムに災害時情報共有機能が追加されました。新規指定事業所については、システムへ登録する際、事業所情報が必要となります。つきましては、調査票により、事業所情報の提出をお願いします。

### (1) 災害時情報共有システムの概要、ログイン方法等について

県ホームページを御確認ください。

「介護施設・事業所等における災害時情報共有システムについて」

URL：<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/kaigo-saigaisystem.html>

### (2) 調査票の提出について

県ホームページ内「3 調査票の提出について」に基づき、期限までに提出してください。

※指定日までに情報に変更があった場合は、再提出してください。

### (3) 提出後の流れについて

調査票の提出後、県で「被災確認対象事業所番号」及び「初期パスワード」を設定し、指定日以降に通知します。通知が届きましたらログインができるか確認の上、災害に備えていただきますようお願いいたします。

また、基本情報に変更が生じた場合は、速やかにシステム上で更新してください。

### (4) 事業所のメールアドレスについて

基本情報のメールアドレスは、県から各事業所に連絡をするための手段として別途登録させていただきます。メールアドレスに変更が生じた場合は、システム上での更新に加えて、別途メールで報告いただきますようお願いいたします。

#### ①メール内容

- ・タイトル 「【事業所番号、事業所名】メールアドレスの変更について」
- ・本文 「変更前」「変更後」それぞれ記載してください

#### ②報告先

- ・福岡県保健医療介護部介護保険課指定係 担当者宛て
- ・メールアドレス：[k-unei@pref.fukuoka.lg.jp](mailto:k-unei@pref.fukuoka.lg.jp)

## 10 相談・問い合わせ先について

事業者指定申請に関する相談・質問等については、次のページに掲載している保健福祉環境事務所にお問い合わせください。

なお、来庁される場合には、事前に電話で来庁日時等の打ち合わせをした上で来庁くださるようお願いいたします。（予約者優先となります。）

特に指定申請書受付締め切り日直前は、多数来庁者があり混雑しますので、必ず事前に御連絡ください。

### ○ 問い合わせ先

管轄の保健福祉環境事務所（保健福祉事務所）（別表【指定申請書提出先一覧】のとおり）

別表 【指定申請書提出先一覧】

事業所所在地	申請書類提出先
筑紫野市・春日市・大野城市・太宰府市・那珂川市	筑紫保健福祉環境事務所 社会福祉課 〒816-0943 大野城市白木原3丁目5-25 Tel.092-513-5626
糸島市	糸島保健福祉事務所 社会福祉課 〒819-1112 糸島市浦志2丁目3-1 Tel.092-322-1449
古賀市・糟屋郡	粕屋保健福祉事務所 社会福祉課 〒811-2312 糟屋郡粕屋町戸原東1-7-26 Tel.092-939-1592
中間市・宗像市・福津市・遠賀郡	宗像・遠賀保健福祉環境事務所 遠賀分庁舎 社会福祉課 高齢・障がい福祉係 〒807-0046 遠賀郡水巻町吉田西2丁目17-7 Tel.093-201-4162
直方市・飯塚市・宮若市・嘉麻市・鞍手郡・嘉穂郡	嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所 直方分庁舎 社会福祉課 高齢・障がい福祉係 〒822-0025 直方市日吉町9-10 Tel.0949-23-3119
田川市・田川郡	田川保健福祉事務所 社会福祉課 〒825-8577 田川市大字伊田3292-2 Tel.0947-42-9315
小郡市・うきは市・朝倉市・朝倉郡・三井郡	北筑後保健福祉環境事務所 久留米分庁舎 社会福祉課 〒839-0861 久留米市合川町1642-1 Tel.0942-30-1072
大牟田市・柳川市・八女市・筑後市・大川市・みやま市・三潁郡・八女郡	南筑後保健福祉環境事務所 八女分庁舎 社会福祉課 高齢・障がい福祉係 〒834-0063 八女市本村25 Tel.0943-22-6971
行橋市・豊前市・京都郡・築上郡	京築保健福祉環境事務所 社会福祉課 〒824-0005 行橋市中央1丁目2-1 Tel.0930-23-2970

北九州市、福岡市、久留米市の区域については、平成24年4月1日から、介護保険法に基づく介護サービス事業所の指定・指導等の権限が各市長に移譲されました。これらの市内での事業所の開設については、各市の介護保険担当部署にお問い合わせください。

通所介護事業指定申請に必要な書類一覧（チェックリスト）

【共生型通所介護について】

共生型通所介護の指定申請を行う場合は、下記の書類もご提出ください。

- 生活介護、自立訓練（機能訓練・生活訓練）、児童発達支援又は放課後等デイサービスに係る指定（更新）通知書の写し
- 下記の該当する障害福祉サービス付表のいずれか
  - ・付表2（-2）：児童発達支援事業所（児童発達支援センターであるものを除く）の指定に係る記載事項
  - ・付表3（-2）：生活介護事業所の指定に係る記載事項
  - ・付表4（-2）：放課後等デイサービス事業所の指定に係る記載事項
  - ・付表9（-2）：自立訓練（機能訓練）事業所の指定に係る記載事項
  - ・付表10（-2）：自立訓練（生活訓練）事業所の指定に係る記載事項
- 指定通所介護事業所その他関係施設から技術的支援を受けていることを証する書類（指定通所介護事業所との覚書等）

申請（開設）者名：

事業所名：

チェック欄	提出（提示★）書類	様式等	チェック項目
□	1 指定居宅（介護予防）サービス事業者指定申請書	様式1	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 使用する印鑑は、法務局に登録されている法人代表者印を使用しているか</li> <li>□ 申請（開設）者名称、代表者職氏名・住所が登記事項証明書と一致しているか</li> <li>□ 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</li> <li>□ 事業所名称、所在地、電話番号が付表6-1、運営規程と一致しているか</li> <li>□ 記入担当者名が記入されているか</li> <li>□ 事業所名称が、既に指定を受けている管内の他の事業所と同一名称や紛らわしい名称となっていないか (事業所名称は20字以内にしてください)</li> <li>□ 共生型通所介護の場合、障害福祉サービスと同じ名称になっているか。</li> <li>□ 事業所の設置予定地は市街化調整区域ではないか</li> </ul>

□	2 指定通所介護事業者の指定に係る記載事項	付表6-1	<input type="checkbox"/> 管理者氏名、生年月日、住所が管理者の経歴書と一致しているか <input type="checkbox"/> 管理者が兼務する場合の記入をしているか <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突合しているか <input type="checkbox"/> 下記の項目が運営規程と一致しているか <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 利用定員</li> <li><input type="checkbox"/> 営業日、営業時間</li> <li><input type="checkbox"/> サービス提供時間</li> <li><input type="checkbox"/> その他の年間の休日</li> <li><input type="checkbox"/> 通常事業の実施地域</li> </ul>
□	3 指定申請手数料	所定の納付書に福岡県領収証紙を貼付して納付	<input type="checkbox"/> 所定の納付書を使用しているか <input type="checkbox"/> 福岡県領収証紙を貼り付けているか。（収入印紙は不可。） <input type="checkbox"/> 納入義務者の名称・所在地が記載されているか
□	4 登記事項証明書（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（例）介護保険法に基づく通所介護事業 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人、医療法人、NPO法人等で、事業目的未登記の場合は、定款変更認可書等が添付されているか。
□	5 誓約書（介護保険法第70条第2項各号に該当しないこと）、役員名簿誓約書（暴力団排除）	様式2	<input type="checkbox"/> 偽りなく記載されているか <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"/> 暴力団排除に係る誓約書は、全ての役員等について記載されているか。当該事業所の管理者も含まれているか。 <input type="checkbox"/> 誓約書の日付が記載されているか <input type="checkbox"/> 誓約書欄と別記部分とが両面コピーされているか <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 誓約書を他事業所申請の際に提出済みの場合は、事業所番号を記した誓約書の写しを添付してください。</li> </ul> <p style="margin-left: 40px;">ただし、管理者分や役員改選後に新たに追加した役員分の誓約書は別途提出してください。</p>

<input type="checkbox"/>	<p>6 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表</p>	<p>参考様式1 ※必要事項を満たしていれば、各事業所で使用するシフト表等でも代替可能</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 管理者は常勤か</li> <li><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</li> <li><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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護職員を病院等との連携により確保している場合は、契約書等を添付すること</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 介護職員の数が基準を満たしているか <ul style="list-style-type: none"> <li>営業日ごとに、当該指定通所介護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、当該指定通所介護を提供する時間数（「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</li> <li>(例) 利用定員 11～15 名→1 以上</li> <li style="padding-left: 40px;">利用定員 16～20 名→2 以上</li> <li style="padding-left: 40px;">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。</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 機能訓練指導員を配置しているか</li> <li><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</li> </ul> <p><b>【共生型通所介護の場合】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 共生型サービス開始時における生活介護、自立訓練（機能訓練・生活訓練）、児童発達支援、放課後等デイサービスのいずれかの勤務形態一覧を添付しているか。</li> <li><input type="checkbox"/> 該当する障害福祉サービス（生活介護、自立訓練（機能訓練・生活訓練）、児童発達支援、放課後等デイサービスをいう。）の利用者と共生型通所介護の利用者を合計した場合に必要なとされる障害福祉サービスの従業者の人数以上配置しているか。</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<p>7 組織体制図</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 同一法人において通所介護事業所以外に介護保険事業を実施している場合に、組織体制図が添付されているか</li> <li><input type="checkbox"/> 同一場所における全ての事業について作成し、従業者の氏名が記入されているか（兼務関係が明確にわかるか）</li> </ul>

<input type="checkbox"/>	<p>8 資格証の写し等  (A4より大きいサイズ  のものは、A4サイズに縮  小コピーしてください。)  ※証明書は原本が必要</p>		<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 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 社会福祉士登録証の写し</li> <li><input type="checkbox"/> 精神保健福祉士登録証の写し</li> <li><input type="checkbox"/> 社会福祉主事資格取得証明書</li> <li><input type="checkbox"/> 介護福祉士登録証の写し</li> <li><input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の写し</li> <li><input type="checkbox"/> 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</li> </ul> <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 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 理学療法士</li> <li><input type="checkbox"/> 作業療法士</li> <li><input type="checkbox"/> 言語聴覚士</li> <li><input type="checkbox"/> 看護師（准看護師）</li> <li><input type="checkbox"/> 柔道整復師</li> <li><input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師</li> </ul> <input type="checkbox"/> 共生型通所介護の場合は、該当する障害福祉サービスの人員基準に係る職種の資格を証するものの写しを添付しているか。 <input type="checkbox"/> 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表に記載した氏名の順に並べて添付しているか
<input type="checkbox"/>	<p>9 雇用契約書、雇用通知書又は雇用予定証明書</p>		<input type="checkbox"/> 雇用契約書の写し又は雇用通知書の写しを添付しているか <input type="checkbox"/> 雇用契約書、雇用通知書を未だ作成していない場合は、雇用予定証明書を添付すること <p><b>【雇用予定証明書について】</b></p> <input type="checkbox"/> 開設（申請）者の押印はあるか <input type="checkbox"/> 「従事すべき業務の範囲」には、全ての業務を記入しているか <input type="checkbox"/> 従業（予定）者の住所・氏名は自筆署名か <input type="checkbox"/> 従業（予定）者の押印はあるか <input type="checkbox"/> 管理者及び配置を要する全職員分がそろっているか。

<input type="checkbox"/>	10 事業所の平面図	参考様式 3	<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"/> 複合施設の場合は、建物全体の図面を添付しているか
<input type="checkbox"/>	11 案内図（近隣見取り図）		<input type="checkbox"/> 鉄道駅、小学校等目標となる所から事業所までの案内図が添付されているか（パンフレット等を作成している場合はそれを添付） <input type="checkbox"/> 事業所の設置予定地は市街化調整区域ではないか
<input type="checkbox"/>	12 運営規程	参考様式 4	<input type="checkbox"/> 以下の内容を具体的に記載しているか <input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> サービス提供時間 <input type="checkbox"/> その他の年間の休日 <input type="checkbox"/> 延長時間（時間延長する場合） <input type="checkbox"/> 指定通所介護の利用定員 <input type="checkbox"/> 指定通所介護の内容及び利用料その他の費用の額 <input type="checkbox"/> 利用料金表 <input type="checkbox"/> 通常事業実施地域以外の地域の送迎費 <input type="checkbox"/> 食事の提供に要する費用 <input type="checkbox"/> 日常生活費 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービス利用に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 職員研修等の内容 <input type="checkbox"/> 従業者の守秘義務 <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置に関する事項

□	13 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 5	<input type="checkbox"/> 次の事項について、具体的に記載しているか。 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 <input type="checkbox"/> その他参考事項 <input type="checkbox"/> 市町村（保険者）、国民健康保険団体連合会等、公的機関の相談窓口 ・記入例を参照してください。
□	14 財産目録等		<input type="checkbox"/> 法人の決算時に作成している決算報告書（貸借対照表、損益計算書等）が添付されているか
□	15 備品の一覧表		<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
□	16 送迎車両		<input type="checkbox"/> 車検証の写し・任意保険証の写し・送迎記録簿を添付しているか
□	17 事業計画書		<input type="checkbox"/> 利用者に対してのサービス計画となっているか
□	18 収支予算書		<input type="checkbox"/> 事業開始予定日から1年間（月毎）の当該事業に関する収支予算書が作成されているか <input type="checkbox"/> 収入金額（介護報酬）の算出根拠が明確に示されているか <input type="checkbox"/> 支出金額（人件費）の算出根拠が明確に示されているか
□	19 損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類		<input type="checkbox"/> 損害賠償保険証書の写し（手続き中の場合は、申込書及び領収書の写し）が添付されているか
□	20 建物に係る証明書類		<input type="checkbox"/> 自己所有の事業所の場合、建物の登記簿の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 事業所を借りている場合は、賃貸借契約書・直近の家賃支払資料の写しが添付されているか。

<input type="checkbox"/>	21 建築検査済証等		<input type="checkbox"/> 建築基準法における検査済証等の写しを添付しているか <input type="checkbox"/> 建築物 <input type="checkbox"/> 昇降機（エレベーター） <input type="checkbox"/> 建築基準法の用途変更の場合は、確認済証の写し、工事完了届書（完了検査済印押印済みのもの）の写しを添付しているか <input type="checkbox"/> 「福岡県福祉のまちづくり条例」の検査結果通知書又は「福岡市福祉のまちづくり条例」の工事完了届出書（完了検査済印押印済みのもの）の写しを添付しているか <input type="checkbox"/> 消防法における消防用設備等検査済証等の写しを添付しているか
<input type="checkbox"/>	22 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書		<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、指定申請書添付書類と整合しているか
<input type="checkbox"/>	23 業務管理体制に係る届出書		<input type="checkbox"/> 新規申請法人については、業務管理体制に係る届出書を提出しているか <input type="checkbox"/> 届出済みの法人である場合で、届出事項に変更のある場合、変更届出書を提出しているか <input type="checkbox"/> 区分変更の届出が必要な法人の場合、提出しているか
<input type="checkbox"/>	24 社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票		<input type="checkbox"/> 厚生年金保険・健康保険及び労働者災害補償保険・雇用保険に加入している場合、必要な書類の写しを添付しているか（書類の提示でも可） <input type="checkbox"/> 厚生年金保険・健康保険については「事業所整理記号」を、労働者災害補償保険・雇用保険については「労働保険番号」を記載しているか
<input type="checkbox"/>	25 災害時情報共有システムへの登録に係る調査票	県HP掲載	<input type="checkbox"/> 介護保険課指定係宛てにメールで調査票を提出しているか
<input type="checkbox"/>	26 チェックリスト	当該様式	<input type="checkbox"/> すべての項目と申請書類をチェックしてチェックを入れたか

\* 書類の提出前に「通所介護事業者の申請に必要な書類一覧（チェックリスト）」により漏れがないか確認の上、ご提出ください。

なお、このチェックリスト記載の添付書類は必要最小限の書類であり、審査により追加書類の提出を求められることがあります。