短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護事業

指定申請に必要な書類一覧（チェックリスト）

申請（開設）者名：　　　　　　　　　　　　　　事業所名：

担当者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 提出書類 | 様式等 | 説明 |
| □ | １　指定居宅（介護予防）サービス事業者指定申請書  **【法定】** | 様式１ | □　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  □　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 |
| □ | ２　指定短期入所生活介護事業所の指定に係る記載事項  **【法定】** | 付表８  付表９  付表１０ | □　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）  □　事業所の設置予定地は市街化調整区域ではないか  □　事業所の名称、所在地が運営規程その他添付書類と一致しているか  □　正しい付表を用いているか  □　単独型事業所は　付表８  □　本体施設が特別養護老人ホームである事業所は　付表９  □　本体施設が特別養護老人ホーム以外である事業所は　付表１０  □　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  □　管理者が兼務する場合の記入がなされているか  □　利用者の推計数が適切に記載されているか  □　従業者の職種別、勤務形態別の人数が、勤務形態一覧表、運営規程と一致しているか  □　付表９においては、本体施設等従事人数は、本体施設と短期入所生活介護との合計の従業者数が記載されているか  □　付表１０においては、短期入所生活介護従事人数は、本体施設等の外数になっているか  □　栄養士が配置されていない場合、栄養士を配置しない場合の措置が記載されているか  □　居室の１室あたりの最大定員、１人あたり最小面積が平面図と一致しているか  □　廊下幅が平面図と一致しているか  □　食堂及び機能訓練室、ユニット型においては共同生活室の面積が平面図と一致しているか  □　利用定員は運営規程と一致しているか  □　協力医療機関の名称・診療科目が記載されているか |
| □ | ３　指定申請手数料  **【県独自】** | 所定の納付書に福岡県領収証紙を貼付して納付 | □　所定の納付書を使用しているか。  □　福岡県領収証紙を貼り付けているか。（収入印紙は不可。）  □　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）  **【法定】** |  | □　申請事業を実施する旨の記載があるか  　　(例）介護保険法による短期入所生活介護事業  □　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　病院の使用許可証、診療所の使用許可証又は届出書等の写し  （併設型で本体施設が病院又は診療所の場合のみ）  **【県独自】** |  | ・病院、診療所の開設にあたっての許可証または届出書を提出してください。  □【病院の場合】  　□使用許可証  　□病院開設許可事項の変更許可証  □【法人が開設する診療所の場合】  　□有床：使用許可証　□無床：開設届出書  　□診療所開設許可事項の変更許可証  □診療所開設届出事項の変更届  □【個人が開設する診療所の場合】  □有床：使用許可証　□無床：診療所開設届  　□診療所開設許可事項の変更許可証  　□診療所開設届出事項の変更届 |
| □ | ６　従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表  **【法定】** | 参考様式１ | ・記入例を参考に作成してください。  □　管理者は常勤か  □　職種は、管理者、医師、生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員、栄養士・介護支援専門員・その他（調理員・事務職員等）に区分して記載されているか  □　併設型事業所においては、本体施設の従業者も記載されているか  □　職種ごとに従事者の数が基準を満たしているか  □　夜勤職員の数が基準を満たしているか  □　ユニット型においては、介護職員はユニット別に作成されているか  □　ユニット型においては、ユニットリーダーが表示されているか。  □　空床型事業所においては、本体施設の勤務体制一覧表を提出しているか |
| □ | ９　資格証の写  （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。）**【県独自】** |  | □　次の職種の資格者証写しが添付されているか  □　医師：医師免許証  □　生活相談員：社会福祉士登録証、社会福祉主事資格取得証明書等  □　看護職員：看護師・准看護師免許証  □　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・准看護師免許証、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師免許証  □　栄養士：管理栄養士登録証、栄養士免許証  □　介護支援専門員（本体施設に配置を要する場合）：介護支援専門員登録証  □　従業者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いるか |
| □ | 10　事業所の平面図  （ユニット型事業所においては、食堂、機能訓練室を共同生活室に読み替えてください）  **【法定】** | 参考様式２ | □　建物を含めた敷地全体図が添付されているか  □　併設型事業所においては、本体施設も含んだ施設全体の図面を添付しているか  □　併設型事業所においては、ショート専用室（床）を表示しているか  □　設置しなければならない設備が設置されているか（○居室　○食堂　○機能訓練室　○浴室　○便所　○洗面所　○医務室　○静養室　○面接室　○介護職員室　○看護職員室　○調理室　○洗濯室（洗濯場）　○汚物処理室　○介護材料室）  □　各部屋の面積、廊下幅が記載されているか  □　各設備について、設置階ごとの面積別室数を記載されているか  □　併設型事業所においては、本体施設も含んだ施設全体について作成されているか  □　併設型事業所においては、居室は本体施設のものと短期入所生活介護のものとを分けて記載しているか  □　空床型事業所においては、本体施設全体の図面を添付しているか |
| □ | 11　設備・備品等一覧表  **【法定】** | 参考様式３ | □　処遇上配慮すべき設備の内容について実体に即して記載しているか  □利用者が直に利用する全ての設備について記載しているか（○居室　○洗面設備　○便所　○浴室　○食堂　○機能訓練室）  □　当該事業で使用するベッド、食堂テーブル（椅子）、事務机、パソコン、ファクシミリ等の台数が明記されているか |
| □ | 12　運営規程  **【法定】** |  | □　以下の内容が具体的に記載されているか  □　事業の目的及び運営の方針  □　従業者の職種、員数及び職務内容  □　利用定員  □　ユニットの数及びユニットごとの利用定員（ユニット型のみ）  □　指定短期入所生活介護の内容及び利用料その他費用の額  介護報酬の加算を算定する場合は、運営規程の短期入所生活介護の内容に記載しておくこと  ○　機能訓練指導  ○　送迎  ○　栄養管理  ○　療養食  □　利用料（利用料金表添付のこと、以下については利用料金表に記載）  ○　介護保険利用者負担金  ○　食事代  ○　居室料  ○　日常生活費  ※食事代、居室料については、市町村民税世帯非課税等の利用者を対象とする補足給付についても記載すること  □　通常の送迎の実施地域  □　サービス利用にあたっての留意事項  ○　利用者側が留意すべき事項を記載しているか  □　緊急時等における対応方法  □　非常災害対策  □　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 |
| □ | 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  **【法定】** | 参考様式４ | □　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  　□　その他参考事項  □　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　協力医療機関との契約書の写し  **【法定】** |  | □　医療機関との契約書の写しが添付されているか  　□　夜間・休日等緊急時対応  　□　入院対応 |
| □  □ | 16　誓約書（介護保険法第７０条第２項各号、第１１５条の２第２項各号に該当しないこと）、  **【法定】**  17　誓約書（暴力団排除）  **【県独自】** | 別添３－１  別添３－２ | □　偽りなく記載されているか  □　法人所在地及び名称、代表者の職氏名を記載しているか  □　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められているか。  □　誓約書の日付が記載されているか  □　誓約書と別紙がそれぞれ添付されているか  ・　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。  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。 |
| □ | 18　介護給付費算定に係る体制等に関する届出書  **【法定】** |  | □　実施事業、指定年月日を記載しているか。  □　算定する加算に応じ必要な添付書類を添付しているか。  □　運営規程、利用料金表、勤務体制表等は、指定申請書添付書類と整合しているか。 |
| □ | 19　災害時情報共有システムへの登録に係る調査票  **【県独自】** | 県ＨＰ掲載 | * 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 |
| □ | 20　業務管理体制に係る届出書  **【法定】** |  | □　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  □　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  □　区分変更の届出が必要な法人の場合、提出しているか |
| □ | 21　老人福祉法に基づく届出 |  | □　老人居宅生活支援事業開始届を提出しているか（単独型の場合は老人デイサービスセンター等設置届） |
| ※ | 指定（許可）申請に必要な書類一覧（チェックリスト） | 当該様式 | □　すべての項目と申請書類を確認してチェックを入れたか |

＊書類の提出前に「短期入所生活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ることがあります。