

新規指定申請提出書類一覧 【地域密着型通所介護（共生型）】

- ※ □欄に✓を入れ、添付して下さい。
- ※ 太字の書類は、各様式を使用して下さい。記載の仕方については「記入例」を参照して下さい。
- ※ 下記提出書類一覧以外にも、追加で書類の提出を求める場合があります。

※ 各提出書類（青色）をクリックすると様式をダウンロードすることができます。様式がダウンロードできなかった場合は[様式等集約（こちら）](#)から必要な書類をダウンロードしてください。

※法人の吸収合併等の場合

- 必ず提出してください。
- △→既に届出ている内容と変更が生じる場合は提出してください。

□欄	提出書類	様式	備考	法人の吸収合併等	
<input type="checkbox"/>	指定申請書	【第1号様式】		○	事業所ごとに作成して下さい。
<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護事業者の指定に係る記載事項	【付表3】	「従業員の職種・員数」は、「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」の員数と一致させて下さい。	○	
<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護事業者の指定に係る記載事項（2単位目以降）	【付表3（別紙）】	2単位以上実施する場合は添付して下さい。	△	
<input type="checkbox"/>	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	【参考様式1-3】	兼務の場合は時間数を按分し、職種ごとに記載して下さい。	△	
<input type="checkbox"/>	登記事項証明書(原本)			○	複数事業所の移行でも1枚で構いません。
<input type="checkbox"/>	運営規程（料金表含む）			△	
<input type="checkbox"/>	法人代表者等誓約書	【参考様式10-7】		○	複数事業所の移行でも1枚で構いません。
<input type="checkbox"/>	共生型居宅（密着型）サービス指定申請チェックリスト		次ページ参照	△	
<input type="checkbox"/>	（障）生活介護等の指定通知書の写し			○	事業所ごとに提出して下さい。
<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	【加算様式2-3-3】		△	
<input type="checkbox"/>	加算等の各届出書	【介護給付費算定に係る体制等に関する届出書添付書類一覧】	左記の資料を確認のうえ、適宜必要な書類を提出して下さい 各加算の算定に必要な書類を添付して下さい。	△	
<input type="checkbox"/>	老人居宅生活支援事業開始届	【第11号様式】		○	複数事業所の移行でも1枚で構いません その場合、事業所名等は「別紙のとおり」とし、移行事業所一覧を添付して下さい
<input type="checkbox"/>	老人デイサービスセンター等設置届	【第14号様式】		○	

申請の前に以下の点もご確認ください

<input type="checkbox"/>	従業員（予定者）全員と雇用契約等を結び、契約書類を保管している。 ※現地確認を行う場合、その際にその時点での契約書の原本を確認します。
<input type="checkbox"/>	事業所、車両、保険等を運営法人で直接保有、賃借、契約している。 あるいは、手続きを進めている。

担当者連絡先

提出いただいた申請書類に記載された内容等について問い合わせをする際の担当者名と連絡先を記入して下さい。

事業所名		担当者名	
連絡先	(電話)		(FAX)

共生型サービス指定申請 チェックリスト

年 月 日 提出

法人名			
事業所名			
担当者 職・氏名	職種	氏名	担当者電話番号

1 資格証 (写)			
資格が必要な職種については、資格証 (写) を事業所で保管している	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>
			いいえ

2 雇用契約書 (写) または、辞令 (写) 等			
雇用契約書 (写) または、辞令 (写) 等を事業所で保管している	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>
			いいえ

3 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要			
解決困難時の対応方法として、保険者や国保連への報告・連絡調整を行う旨の記載があるか 苦情相談窓口：保険者 - 高齢者福祉課 相談担当 042-620-7420 国保連 - 相談窓口 03-6238-0177	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>
の記載があるか			いいえ

4 損害保険 (介護に係わる)			
損害保険 (介護に係わる) に加入しているか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>
			加入予定

5 訪問介護事業所その他関係施設からの必要な技術的支援			
指定(訪問介護、通所介護、短期入所生活介護)事業所その他の関係施設からの必要な技術的支援を受けている、または、受ける予定である。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>
			予定

6 介護保険法による運営基準その他、関係法令の遵守			
介護保険法による運営基準その他、関係法令を遵守している。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>
			いいえ

7 非常災害に関する具体的計画 (短期入所生活介護のみ)			
準耐火建築物である	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>
			いいえ
上記、「はい」の場合、非常災害に関する具体的計画(管轄消防署に提出した相談に関する意見書の写し)がある	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>
			いいえ

上記内容に相違ないことを証明します。

年 月 日

(法人名)

(代表者職種・氏名)

印