

新規指定申請提出書類一覧 【(介護予防) 小規模多機能型居宅介護】

- ※ □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 |
|----|---|----------------------------|---|-------------------------|
| □ | 指定申請書 | 【第1号様式】 | | ○ 事業所ごとに作成して下さい。 |
| □ | (介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業者の指定に係る記載事項 (単独型・併設型) | 【付表 5-1】 | 「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。 | ○ |
| □ | 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。 | △ |
| □ | 資格証(写) | | 資格が必要な職種については、全て添付して下さい。 | △ |
| □ | 代表者・管理者・計画作成担当者(介護支援専門員)の経歴書 | 【参考様式 2】 | 備考欄(研修等の受講の状況等)に必要な研修の受講状況を記載して下さい。 | △ |
| □ | 上記代表者・管理者・計画作成担当者に該当する研修修了証(写)と資格証(写) | | 代表者：開設者研修等 管理者：管理者研修、実践者研修 計画作成担当者：計画作成担当者研修、実務者研修、介護支援専門員証(顔写真付) | △ |
| □ | 組織体制図 ※部門代表者を開設者研修修了者として届け出る場合 | | 法人代表者が開設者となる場合は提出不要です。 | △ |
| □ | 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 |
| □ | 事業所の平面図 及び 建築図面 | 【参考様式 3】 | 用途や机、備品等の配置も明示して下さい。 | △ |

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 外観及び内部の様子がわかるカラー写真 | | 建物外観（正面、横）、事業所入口、送迎用車両駐車場等、施設（建物）、事務室、居間、食堂、台所、宿泊室、トイレ、浴室、脱衣室、厨房、保管庫が分かる写真を添付して下さい。 | △ | |
| <input type="checkbox"/> | 運営規程（料金表含む） | | | △ | |
| <input type="checkbox"/> | 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 6】 | | △ | |
| <input type="checkbox"/> | 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約書（写） | | | △ | 事業所ごとに提出して下さい。 |
| <input type="checkbox"/> | 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要 | 【参考様式 26】 | | △ | |
| <input type="checkbox"/> | 法人代表者等誓約書 | 【参考様式10-8】 | 介護のみの指定を受ける場合は→ 【参考様式 10-7】 を提出して下さい。 | ○ | 複数事業所の移行でも1枚で構いません |
| <input type="checkbox"/> | 介護支援専門員一覧 | 【参考様式 13】 | | △ | |
| <input type="checkbox"/> | 建築物等に係る関係法令確認書 | 【参考様式 30】 | | △ | 事業所の移転を伴う場合は提出が必要です。 |
| <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 2-3-5】 | | △ | |
| <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ください |

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) |

老人福祉法上の届出チェックリスト あてはまる箇所にチェック（✓または■）をお願いします。

| | |
|--------------------------|---|
| 届出者（法人名） | |
| 事業所名 | |
| <input type="checkbox"/> | 老人居宅介護等事業（訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、第一号訪問事業） |
| <input type="checkbox"/> | 老人デイサービスセンター（通所介護、地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護、第一号通所事業） |
| <input type="checkbox"/> | 老人短期入所施設（（介護予防）短期入所生活介護） |
| <input type="checkbox"/> | 小規模多機能型居宅介護事業（（介護予防）小規模多機能型居宅介護） |
| <input type="checkbox"/> | 認知症対応型老人共同生活援助事業（（介護予防）認知症対応型共同生活介護） |
| <input type="checkbox"/> | 複合型サービス福祉事業（看護小規模多機能型居宅介護） |

* 「いいえ」と答えた項目については、それぞれ所定の手続きを行ってください。

1 届出書類について 全サービス事業

届出に必要な添付書類はすべて揃っていますか。 はい いいえ

2 就業規則について 全サービス事業

① 就業規則を作成していますか。 はい いいえ

② 所管の労働基準監督署に届出していますか。 はい いいえ

（届出義務は常時10人以上の労働者を雇用する場合）

3 土地・建築・消防関係について 老人デイサービスセンター・老人短期入所施設・小規模多機能型居宅介護事業・認知症対応型老人共同生活援助事業・複合型サービス福祉事業

① 土地及び建物に係る権利関係を明らかにする書類（登記簿謄本または賃貸借契約書（公設は設置条例等））は揃っていますか。 はい いいえ

② 所管の消防署に「防火対象物使用開始届」等の必要な届出はしていますか。 はい いいえ

③ ②で「いいえ」の場合は、今後の届出予定日を記入。 []

④ 当該施設は、建築基準法等関係法令に適合したものとなっていますか。 はい いいえ

※老人デイサービスセンター等は、建築基準法等により、構造等の制約がある場合があるため、事前に確認をお願いします。

4 食事の提供に関して 老人デイサービスセンター・老人短期入所施設・小規模多機能型居宅介護事業
認知症対応型老人共同生活援助事業・複合型サービス福祉事業

① 施設内で調理をしていますか。 はい いいえ

② 保健所への集団給食の届出をしているか、または営業許可を受けていますか。 はい いいえ

③ ②で「いいえ」の場合は、その理由。 []

5 医務室について 老人短期入所施設のみ

① 施設内に医療室を設けていますか。 はい いいえ

② 保健所の許可は受けていますか。 はい いいえ