

**介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業者
新規指定(更新)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：**_____

＊書類の提出前に「当該チェックリスト」により漏れがないか確認の上、ご提出ください。

	提出（★提示）書類	様式等	チェック項目
☐	1 指定(更新)申請書 ※電子申請の場合は入力事項	☐ 様式第三号	☐ 申請（開設）者名称・所在地、代表者職氏名・住所が登記事項証明書と一致しているか ☐ 事業所名称、所在地、電話番号が付表、運営規程と一致しているか ☐ 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 ☐ 事業所の設置予定地は市街化調整区域ではないか（新規指定のみ）
☐	2 付表(第三号) ※電子申請の場合は入力事項	☐ 付表第三号(二)	☐ 管理者氏名、生年月日が管理者の経歴書と一致しているか ☐ 管理者が兼務する場合の記入をしているか ☐ 従業者の勤務形態毎の人数が、勤務形態一覧表、運営規程と一致しているか ☐ 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 ☐ 下記の項目が運営規程と一致しているか ☐ 利用定員 ☐ 営業日、営業時間 ☐ サービス提供時間 ☐ その他年間の休日
☐	3 登記事項証明書又は条例等 ※電子申請の場合は原則登記情報提供サービスを使用してください。	☐ 登記事項証明書の原本(登記情報提供サービスを使用しない場合)	☐ 申請事業を実施する旨の記載があり、定款と謄本の目的欄が一致しているか ☐ 変更手続き中の場合は、議事録の写しを添付しているか ☐ 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、定款変更認可書が添付されているか ※届出済みの内容から変更ない場合、省略可
☐	4 従業者の勤務形態一覧表	☐ 標準様式1	☐ 管理者は常勤か 【利用定員が10名を越える場合】 ☐ 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 ☐ 看護職員を単位ごとに専ら1以上配置しているか ☐ 介護職員の数が基準を満たしているか 営業日ごとに、当該サービスを提供してい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サービスを提供している時間数（「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 （例）利用定員11～15名→1以上

			利用定員 16～20 名→2 以上 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 ☐ 機能訓練指導員を配置しているか ☐ 生活相談員又は介護職員のうち 1 人以上が常勤か 【利用定員が10名以下の場合】 ☐ 生活相談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 ☐ 介護職員又は看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 営業日ごとに、当該サービスを提供している時間帯に看護職員又は介護職員が勤務している時間数の合計数を提供単位時間数で除して得た数が1 以上か ☐ 機能訓練指導員を配置しているか ☐ 生活相談員又は介護職員又は看護職員が常勤か
☐	5 管理者経歴書	☐ 参考様式 1	☐ 氏名、生年月日、主な職歴等を正確に記載しているか ☐ 申請時までの経歴を省略無く記載しているか ※介護関係の職歴については、開設法人名及び事業所名の両方を記載のこと ☐ 当事業所において常勤か
☐	6 平面図（写真の位置番号付き） （各部屋の内法による面積を表記すること。なお面積は収納等を含めない有効面積。）	☐ 標準様式 2	☐ 建物を含めた敷地全体図が添付されているか ☐ 進入道路の幅員が記載されているか ☐ 「福岡県福祉のまちづくり条例」に準拠した設計となっているか ☐ 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 ☐ 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）を記入した求積図を添付しているか ☐ 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 ☐ 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いれば可） ☐ 事業所の写真の写真番号と対応した番号（写真位置を示すもの）を図面上に記入しているか ☐ 写真の撮影方向を明示しているか
☐	7 設備・備品等の一覧表	☐ 標準様式 3	☐ 非常災害設備の記載があるか ☐ 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 ☐ 利用者が利用する備品（食堂・機能訓練指導室に設置するもの、機能訓練用機器等）を記載しているか
☐	8 運営規程・重要事項説明書		☐ 以下の内容を具体的に記載しているか ☐ 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 ☐ 営業日及び営業時間 ☐ サービス提供時間 ☐ その他の年間の休日 ☐ 延長時間（時間延長する場合） ☐ 通所型サービスの利用定員 ☐ 通所型サービスの内容及び利用料その他の費用の額 ☐ 利用料金表（介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表と整合すること） ☐ 通常事業実施地域以外の地域の送迎費 ☐ 食事の提供に要する費用 ☐ 日常生活費 ☐ 通常の事業の実施地域 ☐ サービス利用に当たっての留意事項 ☐ 緊急時等における対応方法 ☐ 虐待防止のための措置に関する事項 ☐ 非常災害対策 ☐ 職員研修等の内容 ☐ 従業者の守秘義務 ☐ 入浴、食事の有無等のサービス内容が記載されているか ☐ 個別機能訓練、栄養マネジメント、口腔機能向上を行う場合、通所型サービスの内容にその旨記載すること No.2 記載事項と一致しているか
☐	9 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 （重要事項説明書の該当頁写し又は掲示物の該当部分写し）	☐ 標準様式 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 ☐ 事業所のスタッフから担当者が選任されているか ☐ 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
☐	10 誓約書	☐ 標準様式 5 ☐ 暴力団排除に係る誓約書(福津市独自様式)	☐ 偽りなく記載されているか ☐ 法人所在地及び名称、代表者の職氏名が記載されているか ☐ 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） ☐ 役員の生年月日、就任日を記載しているか ☐ 誓約書の日付が記載されているか ☐ 誓約書欄と別記部分とが記載されているか
☐	11 チェックリスト	☐ 当該様式	☐ 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
☐	12 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書・体制等状況一覧表	☐ 別紙 1-4 ☐ チェック表 ☐ 別紙 50	☐ 実施事業、指定年月日を記入しているか ☐ 運営規程、利用料金表、勤務形態一覧表等、指定申請書添付書類と整合しているか ☐ （別紙1-4）介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係

			る体制等状況一覧表が添付されているか ☐ 体制等に関する届出に必要な添付書類（チェック表）が添付されているか（新規指定及び変更がある場合） ☐ チェック表に記載のある添付書類が添付されているか（該当項目のみ）（新規指定及び変更がある場合） ☐ 介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算を算定する事業所のみ、必要書類が添付されているか（※該当年度の届出が済んでいれば、省略可）
--	--	--	--