居宅介護支援事業所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：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 提出書類 | 様式等 | チェック項目 |
| □ | 指定申請書 | **様式第１号** | □　申請（開設）者名称、代表者職氏名・住所が登記簿謄本と一致しているか  □　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。  □　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  □　記入担当者名が記入されているか |
| □ | 指定申請者調書 | **第１号の２** | □　偽りなく記載されているか  □　法人名称及び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  □　誓約の日付が記載されているか  □　役員等の名簿に記載漏れがないか  □　役員全員に個人情報の使用目的と提供先について同意を得た上で記入しているか |
| □ | 指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項 | **付表１０** | □　実施事業と付表が一致しているか  □　管理者氏名、住所が管理者の経歴書と一致しているか、またその住所は自宅のものか  □　管理者が兼務する場合の記入をしているか  □　利用者数の記載なくても不問  □　介護支援専門員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  □　祝日の営業の有無、その他の年間の休日を含めて、営業日は運営規程と一致しているか  □　営業時間は運営規程と一致しているか  □　通常の事業の実施地域が運営規程と一致しているか |
| □ | 法人登記簿謄本（写しで可） |  | □　申請事業を実施する旨の記載があるか |
| □ | 運営規程 |  | □　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  □　職員の職種、員数及び職務内容  □　営業日及び営業時間  □　指定居宅介護支援の提供方法、内容及び利用料その他費用の額  □　通常の事業の実施地域  □　職員研修等の内容  □　従業者の守秘義務  □　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 |
| □ | 重要事項説明書 |  | □　運営規程の必要項目が網羅され、かつ利用者及びその家族に分かりやすい表現となっているか  □　事故発生時の対応や苦情処理体制についての記載はあるか。  □　複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや居宅サービス計画に位置付けたサービス事業者の選定理由の説明を求めることができる旨の説明はしているか。 |
| □ | 利用契約書の様式 |  | □　個人情報の利用についての説明及び利用の同意を求めているか |
| □ | 土地・建物の登記簿謄本  もしくは  土地・建物の賃貸借契約書の写し | ※前回から変更がな  い場合は  省略可能 | * 所有者は申請者名義または貸主名義になっているか   （賃貸の場合）  □　居宅介護支援事業を提供する上で、適当な期間となっているか  □　提出できない場合の理由書（法人代表者の署名・捺印・提出予定日記載）の提出があるか |
| □ | 管理者経歴書  ※主任介護支援専門員の場合は、研修修了証明書の写し | **様式１** | * 氏名、住所、電話番号、生年月日、主な職   歴等が正確に記入されているか  ・介護関係の職歴については、開設法人名及び事業所名を記載のこと  □　主任介護支援専門員であるか  ※令和3年3月31日まで経過措置あり  □　申請時までの経歴が省略なく記載されているか |
| □ | 介護支援専門員一覧表  及び介護支援専門員証の写し  ※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 | **様式２** | □　介護支援専門員の資格証明書が添付されているか（８桁の登録番号が確認できるもの）  □　有効期限が過ぎていないか  ・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添付されているか。  □　介護支援専門員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  □　主任介護支援専門員の修了証明書が添付されているか。 |
| □ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | **様式３** | □　管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数（４週間分）を記載しているか  □　職種は、管理者・介護支援専門員（ケアマネジャー）・その他（事務員等）に区分して記載しているか  □　管理者は常勤か  □　介護支援専門員の数が基準を満たしているか  ・　常勤で１名以上  　　利用者の数が35人またはその端数を増すごとに１名以上 |
| □ | 雇用（予定）証明書 | **様式10** | * 開設（申請）者及び代表者の職氏名が記載されているか   □　従事すべき業務の範囲は、兼務の場合すべての職種が記入されているか  □　勤務体制及び勤務形態一覧表と突合するか |
| □ | 組織体制図  **※兼務職員がいる場合、兼務している事業所の勤務形態一覧表も提出して下さい。** |  | * 当該申請事業所以外に介護サービス事業を実施し、その事業所との間に兼務職員がいる場合には、兼務関係が明確にわかるように作成しているか（従業者名を記載しているか） * 他の事業所との間に兼務職員がいる場合、兼務している事業所の勤務形態一覧表を添付しているか   ※　兼務先が介護サービス事業所以外で勤務形態一覧表が提出できない場合、兼務職員の勤務状況が分かる資料を提出してください。 |
| □ | 事業所の平面図 | **様式４**  ※前回から変更がな  い場合は  省略可能 | □　当該事業に使用する箇所（事務室、相談室等）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  □　他事業と兼用の場合は、事業ごとの専用区画が明らかになるように記載しているか |
| □ | 設備・備品等に係る一覧表 | **様式５** | □　必要箇所に記載漏れがないか |
| □ | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | **様式６** | □　常設の窓口が設けられているか  □　事業所のスタッフから担当者を選任しているか  □　処理体制や手順が適切か |
| □ | 損害保険証書の写し（事故発生時の賠償） |  | □　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  □　提出できない場合の理由書（法人代表者の署名・捺印・提出予定日記載）の提出があるか |
| □ | 関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容 | **様式７** | □　利用者に関する相互情報提供体制や事故発生時の対応等、必要事項が記載されているか |
| □ | 誓約書及び役員等名簿 | **様式８** | □　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、法人代表印が押印されているか  □　誓約書の日付が記載されているか  □　役員等の名簿に記載漏れ（押印漏れ）がないか |
| □ | 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 | **様式９** | □　運営規程、利用料金表、指定申請書類等と整合しているか  □　その他記載漏れはないか |
| □ | （★）業務継続計画の策定 |  | □感染症や非常災害の発生時において、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定しているか。  □当該計画を周知し、研修及び訓練を実施しているか。 |
| □ | （★）衛生管理等 |  | □事業所において、感染症が発生し、又はまん延しないように感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設置しているか  □指針を整備しているか  □研修及び訓練を行う予定であるか。 |
| □ | （★）虐待の防止のための措置に関する事項 |  | □事業所において、虐待の防止の委員会が設置しているか  □指針の整備しているか  □担当者を置いているか |
| □ | 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 |

　　（★）については、令和６年３月３１日までは努力義務