**第１号事業者（基準訪問型サービス・訪問型サービスＡ）の指定（更新）**

**申請に係る提出書類一覧**

（この書類も提出してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請する事業所の名称 |  |

１　申請者確認欄の該当欄に『〇』を付し、提出書類等に漏れがないよう確認してください。

２　**指定更新申請の場合**、備考欄に『省略可』と表記されているものについては、申請時より変更がなければ省略できます。

|  | 申　請　書　及　び　添　付　書　類 | 申請者  確認欄 | 備　　考 |
| --- | --- | --- | --- |
| 申 請 書 | 日田市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定（更新）申請書【第１号様式】 |  |  |
| 第１号事業者（基準訪問型サービス・訪問型サービスＡ）の指定に係る記載事項【付表１-１】 |  |  |
| 基準訪問型サービス・訪問型サービスＡを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項【付表１-２】 |  | 該当事業者のみ |
| １ | 申請者の定款、寄附行為等の写し及びその登記事項証明書（現在事項全部証明書）の原本（指定を受けようとする日から３月以内に発行されたもの） |  | 省略可 |
| ２ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表【様式１】 |  |  |
|  | 雇用証明書（雇用契約書、辞令、法人が発行した身分証明書、給与支払書類、社会保険加入書類など） |  |  |
|  | 訪問介護員等の資格を有することを証明する書類の写し |  |  |
| ３ | 事業所に係る組織体制図 |  |  |
| ４ | 管理者経歴書【様式２】 |  |  |
| ５ | サービス提供責任者（基準訪問型サービスの場合）・訪問事業責任者（訪問型サービスＡの場合）経歴書【様式３】 |  |  |
| ６ | 事業所の位置図及び平面図【様式４】 |  | 省略可 |
|  | 外観及び内部の様子がわかる写真 |  | 省略可 |
|  | 施設等資産の所有状況（施設を法人が所有している場合はその旨を証する書類、施設を借りている場合は賃貸借契約書（無償で借りる場合は使用貸借契約書）の写し） |  | 省略可 |
| ７ | 運営規程（次の事項について具体的に定めてください。） |  |  |
|  | （1） 事業の目的及び運営の方針  （2） 従業者の職種，員数及び職務の内容  （3） 営業日及び営業時間  （4） サービスの内容及び利用料その他費用の額  （5） 通常の事業の実施地域  （6） 緊急時等における対応方法  （7） 苦情に関する事項  （8） 虐待に関する事項  （9） その他運営に関する重要事項 |  |  |
| ８ | 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】 |  | 省略可 |
| ９ | 申請する事業に係る資産の状況（法人の直近の決算書（貸借対照表、損益計算書）の写し） |  |  |
| 10 | 誓約書及び役員・管理者名簿 |  |  |
|  | 介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書【様式７】 |  |  |
|  | 役員・管理者名簿【様式８】 |  | 省略可 |
|  | 誓約書（暴力団等でない旨の誓約）【様式９】 |  |  |
| 11 | 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書 |  |  |
|  | 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 |  | 加算関係資料添付 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **担　当　者　連　絡　先** | | |
| 提出いただいた申請書類に記入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ください。 | | |
| 事業所名 |  | |
| 担当者名 |  | |
| 連絡先 | （電話） | （FAX） |

付表１-１

第1号事業者（基準訪問型サービス・訪問型サービスＡ）の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | | |  | | | | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | | | |
| 訪問介護員等との兼務の有無 | | | | | | | （　有　・　無　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設  （兼務の場合のみ記入） | | | | 事業所等名称 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供責任者（訪問事業責任者） | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 従業者 |  | | | 訪問介護員 | | | | | | | | | | | | | 従事者 | | | | | | | | | | |  | | |
| 専 従 | | | | | | | 兼 務 | | | | | | 専 従 | | | | | | | | 兼 務 | | |
| 常勤（人） | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
| 非常勤（人） | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | 日 | | 月 | | | 火 | | 水 | | 木 | | 金 | | 土 | | | 祝 | | | その他年間の休日 | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |
| 営業時間 | | | 平日 | | |  | | | ～ | |  | | | 土曜 | | |  | | | | ～ | |  | | 日曜・祝日 |  | | ～ |  |
| 備考 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | ① | | | | | | | ② | | | | | | ③ | | | | | | | | ④ | | | ⑤ | | |
| 備 考 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考 １　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別様に記入した書類を添付してください。

２　出張所等がある場合、所在地、従業者、営業時間等を付表１-２に記入してください。

３　サービス提供責任者の要件は、介護福祉士、実務者研修修了者、３年以上介護等の業務に従事した介護職員初任者研修等修了者です。

４　訪問介護員の要件は、介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者です。

５　訪問事業責任者及び従事者の要件は、介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者又は一定の研修受講者です。

付表１-２

基準訪問型サービス・訪問型サービスＡを事業所所在地以外の場所で

一部実施する場合の記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | 日 | | 月 | | | 火 | | 水 | | 木 | | 金 | 土 | | | 祝 | | その他年間の休日 | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |
| 営業時間 | | 平日 | | |  | | | ～ | |  | | | 土曜 | |  | | | ～ | |  | | 日曜・祝日 |  | | ～ |  |
| 備考 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | 法定代理受領分 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | ① | | | | | | | ② | | | | | ③ | | | | | | | ④ | | | ⑤ | | |
| 備 考 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別様に記入した書類を添付してください。