**通所介護相当事業の指定申請に係る添付書類一覧**

|  |  |
| --- | --- |
| **主たる事業所・施設の名称** |  |

書類に漏れがないか左欄にチェックして確認の上、本表を一番上とし、以下次表の書類の順序で揃え，書類には書類番号を記入したインデックスをつけた界紙を挿入し、提出してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 申請者確認欄 | 受付者確認欄 | 書類名 | 説　明 |
| １ | □ | □ | 介護予防・生活支援サービス事業指定（許可）申請書（第１号様式） | 代表者の印を押印してください。 |
| □ | □ | 通所介護相当事業の指定に係る記載事項  （付表３） |  |
| □ | □ | 通所介護相当事業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  （附表３の２） | □一部実施する場合のみ |
| ２ | □ | □ | 申請者の登記事項証明書の原本（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） | □他の事業所の申請書に原本が添付されており，同時に申請書を提出する場合は，コピーの添付も可。 |
| ３ | □ | □ | 従事者の勤務の体制及び勤務形態一覧表  （参考様式１） | □原則として事業開始月（更新の場合は申請書を記載した月）について，勤務形態一覧表を作成してください。  □資格が必要な従業者の場合その証明書の写し |
| ４ | □ | □ | 事業所の平面図（参考様式３） | 基準面積　３㎡×定員　　人＝　　㎡ |
| □ | □ | 外観及び内部の様子がわかる写真 | □必要とされている部屋及び主な備品の写真をＡ４版の用紙に添付してください。 |
| ５ | □ | □ | 設備・備品等一覧表（参考様式５） | □既存の平面図を利用する場合には、室名、面積、設備・備品等、必要事項を記入してください。  □室名について、法令上設置することとされている部屋については、設備基準を確認するため、法令上の名称を用いてください。 |
| ６ | □ | □ | 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４） |  |
| ７ | □ | □ | 介護保険法第１１５条の４５の５第２項各号に該当しない旨の誓約書（参考様式６） | □事業費算定に係る体制等に関する届出書及び事業費算定に係る体制状況一覧表を添付してください。 |

※使用する法人印はすべて法務局に登録されている法人の代表者印を使用してください。

※用紙の大きさは，原則としてA4判としてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者連絡先 | |
| 事　業　所　名 |  |
| 担　当　者　名 |  |
| 連 絡 先　（電話）  　　　　　（E-mail） |  |
|  |