

202404 柏原市福祉指導監査課

指定申請に必要な書類と作成方法

指定申請手続きに必要な書類は次のとおりです。

(1) 指定申請に必要な書類

- ① 指定（許可）申請書（様式第二号（一））
- ② 地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項（付表第二号（三））
- ③ 添付書類

(2) 申請書類作成にあたっての留意事項

① 申請書等に押印は必要ありませんが、印鑑を使用する場合は、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。

② 申請書類の大きさについて

申請書類の大きさは、特段に定めがない限り、A4サイズ（日本工業規格A列4番）とし、片面のみ（申請書及び付表は両面）を使用してください。運営規程等枚数があるものは、袋綴じや糊付けは行わずにホッチキス等によりまとめてください。

※登記事項証明書等原本の添付が必要なものはこの限りではありません。

A4サイズより大きなものは、A4に縮小してサイズを合わせてください、ただし、縮小により内容が判別できないものは、等倍または拡大してA3サイズとして下さい。

(3) 申請に必要な書類と説明（地域密着型通所介護）

この表により、作成された申請書類及び添付書類の漏れがないかご確認ください。

	提出書類	様式等	説明
<input type="checkbox"/>	指定（許可）申請書	様式第二号（一）	別紙記入例をご参照ください。
<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項	付表第二号（三）	別紙記入例をご参照ください。
<input type="checkbox"/>	法人登記事項証明書	（原本）	申請に係る事業を実施する旨の記載があることが必要です。 発行日より3ヶ月以内のものに限ります。
<input type="checkbox"/>	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	標準様式1	別紙記入例を参考に作成してください。
<input type="checkbox"/>	従業員の資格を証明するものの写し※		「従業員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提出してください。（はり師・きゅう師を配置する場合は実務経験証明書（証明者の押印要）の添付が必要です。）
<input type="checkbox"/>	訪問看護ステーション等との協定書等の写し		看護職員を訪問看護ステーション等との連携により配置する場合は添付してください。協定書等の内容は、必要な要件を満たしていることがわかるものとしてください。
<input type="checkbox"/>	平面図	標準様式3	当該事業に使用する箇所（事務室、相談室、手指洗浄の場としての洗面所、食堂及び機能訓練室等）のレイアウト、備品（机、いす、鍵付き書庫等）の配置状況及び各部屋の面積がわかるように作成してください。
<input type="checkbox"/>	設備・備品等一覧	標準様式4	事業所に備え付けの設備及び備品一覧（品名・数量）を記載してください。
<input type="checkbox"/>	賃貸借契約書の写し※		事業所が申請者（法人）所有でない場合、添付してください。（法人として契約していること、賃貸借期間が長期又は更新条項が含まれていること、使用目的が事業所として使用できる記載になっていることが必要です。）
<input type="checkbox"/>	建築確認申請に基づ		新築の場合は、建築確認申請に基づく建物の検査済証

	く建物の検査済証等の写し※		の写しを添付してください。 改築等に伴い用途変更等建築法上の手続きが必要な場合は、確認済証等を添付してください。(手続不要の場合は、理由書)
<input type="checkbox"/>	防火対象物使用開始届出書の写し※		防火対象物使用開始届出書の写しを添付してください。(1枚目・2枚目)→受付印と検査済印の押印あるもの
<input type="checkbox"/>	運営規程	参考資料 5-15	次の内容を具体的に記載し、作成してください。 ①事業の目的及び運営の方針 ②従業者の職種、員数及び職務内容 ③営業日及び営業時間 申し込みや相談受付が可能な日・時間を記載してください。また、年間の休日も記載してください。 ④指定地域密着型通所介護の利用定員 ⑤指定地域密着型通所介護の内容及び利用料その他の費用の額 ⑥通常の事業の実施地域 ⑦サービス利用にあたって留意事項 ⑧緊急時等における対応方法 ⑨非常災害対策 ⑩虐待防止の措置に関する事項 ⑪秘密保持・個人情報保護に関する事項 ⑫苦情処理の体制 ⑬その他の運営に関する重要事項
<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	標準様式5	次の事項について、具体的に記載してください。 ①利用者等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) ②円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 ③その他参考事項
<input type="checkbox"/>	損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類※		保険に加入している場合は、損害賠償責任保険証書の写し(加入手続中の場合は、申込書及び領収書の写し)を添付してください。 上記書類で、申請事業(地域密着型通所介護事業)が保険の対象と分らない場合は、保険のパンフレット等の添付も必要です。
<input type="checkbox"/>	サービス提供単位一覧表※	参考様式8	複数単位を設置する場合のみ添付してください。
<input type="checkbox"/>	運営推進会議の構成員※	参考様式11	運営推進会議の構成員について、どのような方に参加してもらう予定としているのか具体的に記載してください。(氏名欄は未記載で可。ただし、構成区分、職名等は記載が必要です。)
<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	別紙2-2	
<input type="checkbox"/>	介護給付費の算定に係る体制等状況一覧	地域密着型通所介護 別紙1-3	単位ごとに作成してください。 加算等を算定する場合は、次ページの「介護給付費算定に係る体制等に関する届出の提出書類一覧」を参照し、必要な書類を添付してください。

<input type="checkbox"/>	老人居宅支援事業開始届又は老人デイサービスセンター等設置届出書(柏原市内の事業所のみ)	様式第19号又は様式第22号	「老人福祉法に基づく居宅生活支援事業等の届出について」及び記入例を参照して記載してください。
<input type="checkbox"/>	誓約書	標準様式6	実施するサービス種別のAに○をしてください。署名欄は法人名、法人所在地、代表者の役職及び氏名を記入してください。
<input type="checkbox"/>	(療養型の場合)緊急時対応医療機関との契約内容		利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を記載している契約書等の写しを添付してください。
<input type="checkbox"/>	手数料領収書(柏原市内の事業所のみ)		手数料を納付した際に発行される領収書の原本を持参してください。(確認後、コピーの上返却します。手数料納付書は、初回の来庁時にお渡しします。)
<input type="checkbox"/>	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票(柏原市内の事業所のみ)		ホームページ掲載の様式で作成のうえご提出ください。

※他市に所在する事業所で、既に事業所所在市町村から地域密着型通所介護の指定を受けており、当該指定書の写しを提出できる場合は添付を省略できます。

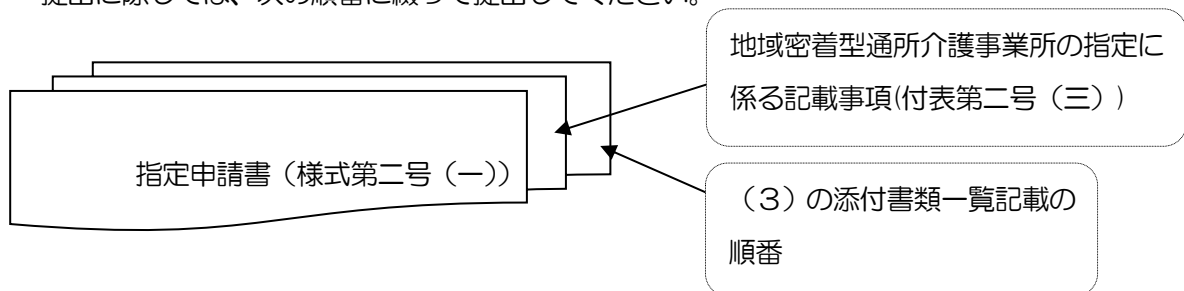
○ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出の提出書類一覧

	加算項目	添付書類
<input type="checkbox"/>	職員の欠員による減算の状況	なし
<input type="checkbox"/>	高齢者虐待防止措置実施の有無	なし
<input type="checkbox"/>	業務継続計画策定の有無	なし
<input type="checkbox"/>	時間延長サービス体制	なし
<input type="checkbox"/>	共生型サービスの提供	<input type="checkbox"/> 指定障害福祉サービス事業の指定書(写し) ※3
<input type="checkbox"/>	生活相談員等配置加算) 共生型サービスのみ	<input type="checkbox"/> 生活相談員の資格を有することがわかる書類(写し)
<input type="checkbox"/>	入浴介助体制	なし
<input type="checkbox"/>	中重度者ケア体制加算	<input type="checkbox"/> 資格者証(写)
<input type="checkbox"/>	生活機能向上連携加算	なし
<input type="checkbox"/>	個別機能訓練体制加算	<input type="checkbox"/> 資格者証(写)
<input type="checkbox"/>	ADL維持等加算(申出)の有無	なし
<input type="checkbox"/>	認知症加算	<input type="checkbox"/> 研修修了証(写)
<input type="checkbox"/>	若年性認知症利用者受入加算	なし
<input type="checkbox"/>	栄養アセスメント・	<input type="checkbox"/> 資格者証(写)

	栄養改善体制	<input type="checkbox"/> 外部との連携により管理栄養士を配置する場合は、連携していることが分かる契約書等の写し
<input type="checkbox"/>	口腔機能向上体制	<input type="checkbox"/> 資格者証（写）
<input type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算	なし
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に係る届出書（別紙14-3） <input type="checkbox"/> 資格者証（写）
<input type="checkbox"/>	割引	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業所等による介護給付費に係る割引率の設定について ※割引を設定する場合の留意事項及び記載例（ http://www.city.kashiwara.osaka.jp/_files/00004909/waribiki_setsume.pdf ）を元に作成してください。 ※運営規程にも割引についての記載が必要となります
<input type="checkbox"/>	LIFEへの登録	下記の厚生労働省ホームページに掲載している資料を確認の上で登録手続きをしておいてください。 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html
<input type="checkbox"/>	介護職員等処遇改善加算等	「介護職員等処遇改善加算等について」（ http://www.city.kashiwara.osaka.jp/docs/2014080800069/ ）を参照してください。

(4) 申請書類の提出方法

提出に際しては、次の順番に綴って提出してください。



※1 書類の提出の前に「(3) 申請に必要な書類と説明」により漏れがないか再度確認の上ご提出ください。

※2 提出の際には、申請者控えを1部ご用意ください。

※3 柏原市指定の事業所は提出不要です。