

（共用型）認知症対応型通所介護事業者の指定に必要な提出書類

※指定希望日 2か月前までに申請書類を提出してください。

| 添付書類 一覧番号 | 提出書類 | 内容 | 備考 |
|--------------|---|--|---|
| \ | 指定申請書 第1号様式（第2条関係） | 申請者の名称等を記載してください。 | |
| \ | 事業所の指定に係る 記載事項（付表2-2） | 事業所の名称等を記載してください。 | |
| \ | 指定申請に係る添付書類一 覧（別添） | 提出書類が揃っていれば「該当欄」に○を 付けてください。 | |
| 1 | 申請者の登記事項証明書又 は条例等 | 介護保険に関する事業を実施する旨の記載 のある登記事項証明書（原本） | ・ |
| 2 | 従業者の勤務体制及び 勤務形態一覧表 （長岡市様式） （参考様式1） | ①勤務表は、管理者及び従業者が当該サー ビスに従事する時間数を記入 ②勤務体制表 ③組織体制図 | |
| 3 | 管理者の経歴 （参考様式2） | 当該事業の管理者の住所、氏名、電話番号、 生年月日、主な職歴等 | ・実践者研修・管理者研修 の修了書の写し |
| 4 | 事業所の平面図 | ①事業所の平面図（用途・内法面積を明示 した図面） ②事業所の位置図（長岡市全域からの位置 図及び事業所周辺からの位置図） | ・①は、併設している事業 所等があれば、施設全体 がわかる平面図を添付 し、当該事業所部分の区 域をマーカーしてくださ い。また、事務室内のレイ アウトを記載したもの も添付してください。 |
| 5 | 設備・備品等に係る一覧表 （参考様式5） | 車やテーブルなど介護に必要な備品類を記 載してください。 消火器など非常災害設備等も記載してくだ さい。 | ・スプリンクラーがある場 合は必ず記載してくだ さい。 |
| 6 | 運営規程 | 運営規程（次の内容について、具体的かつ わかりやすく定めてください。） 1 事業の目的及び運営の方針 2 職員の職種、員数及び職務内容 3 営業日及び営業時間 4 利用定員 5 サービスの内容及び利用料その他の費 | ・1は地域住民との交流の 文言を記載してくださ い。 ・3は年間の休日も含めて 定めてください。 ・10は①従業者及び退職者 の秘密保持②従業者の研 |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | | <p>用の額</p> <p>6 通常の事業の実施地域</p> <p>7 サービス利用に当たっての留意事項</p> <p>8 緊急時等における対応方法</p> <p>9 非常災害対策</p> <p>10 その他運営に関する重要事項</p> | <p>修③身体拘束の禁止など。</p> |
| 7 | <p>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7)</p> | <p>苦情処理 (次の事項について、具体的かつわかりやすく記載してください。)</p> <p>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 (連絡先)・担当者の設置</p> <p>2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順</p> <p>3 苦情があったサービス事業者に対する対応、方針等</p> <p>4 その他参考事項</p> | <p>・1は事業所、長岡市介護保険課給付係 (電話番号 0258-39-2245 受付時間 8:30~17:00)、新潟県国民健康保険団体連合会介護サービス相談室 (電話 025-285-3022 受付時間 9:00~17:00) を記載してください。</p> |
| 8 | <p>サービス提供実施単位一覧表 (参考様式8)</p> | <p>曜日ごとにサービス単位の状況を記載してください。</p> | |
| 9 | <p>地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 (別紙1-3)</p> | <p>①介護給付費算定に係る体制等に関する届出書</p> <p>②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表</p> | <p>・各加算に必要な添付書類は「介護給付費算定 (加算) の届出の時期及び提出書類一覧」を参照してください。</p> <p>・介護職員処遇改善加算については、計画書等の提出が必要となります。</p> |
| 10 | <p>法第78条の2第4項各号又は第115条の12第2項各号に該当しないことを誓約する書面 (参考様式9-1) 又は (参考様式9-2)</p> | <p>誓約書には、住所、名称等を記載してください。</p> | <p>・参考様式9-1は、介護予防の指定がない場合</p> <p>・参考様式9-2は、介護予防の指定がある場合</p> |
| 11 | <p>運営推進会議の構成員 (参考様式11)</p> | <p>1 利用者</p> <p>2 利用者の家族</p> <p>3 地域住民の代表</p> <p>4 地域包括支援センター</p> <p>5 市役所職員</p> <p>6 知見を有する者</p> <p>等を記載してください。</p> | <p>・①②の氏名欄は空白で結構です。</p> <p>・③の地域住民の代表とは、町内会役員、民生委員、老人クラブの代表などが考えられる。</p> <p>・④は該当する地域の地域</p> |

| | | | |
|----|-----|--|--|
| | | | <p>包括支援センター名を入れてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・⑤は氏名欄空白で、職名等は介護保険課としてください。 ・⑥は地域の有識者や他の認知症対応型通所介護事業所の職員などが考えられる。 |
| 12 | その他 | <ul style="list-style-type: none"> ①重要事項説明書の様式 ②利用者との契約書の様式 ③収支見込書 ④県へ提出した開始届、設置届の写し | <ul style="list-style-type: none"> ・収支見込書は3か年分の見込みを作成してください。 |