

(共用型) 認知症対応型通所介護事業者の指定更新に必要な提出書類

※指定更新日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
	指定更新申請書 第5号様式(第5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(附表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	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	
2	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)	誓約書には、住所、名称等を記載してくだ さい。	<ul style="list-style-type: none"> ・参考様式9-1は、介護 予防の指定がない場合 ・参考様式9-2は、介護 予防の指定がある場合
3	運営推進会議の構成員 (参考様式11)	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者 2 利用者の家族 3 地域住民の代表 4 地域包括支援センター 5 市役所職員 6 知見を有する者 等を記載してください。	<ul style="list-style-type: none"> ・①②の氏名欄は空白で結 構です。 ・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。 ・④は該当する地域の地域 包括支援センター名を入 れてください。 ・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。

4	設備・備品等に係る一覧表 (参考様式5) ※1	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。
5	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) ※1	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。) 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 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 苦情があったサービス事業者に対する対応、方針等 4 その他参考事項	・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。
6	サービス提供実施単位一覧表 (参考様式8) ※1	曜日ごとにサービス単位の状況を記載してください。	

※1 既に市長に提出している書類からの変更がない場合は省略可能