**介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス指定（更新）申請チェックリスト**

**【指定（地域密着型）通所介護事業の指定を受けている事業所用】**

事業所名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 提出書類 | チェック項目 |
| □ | 指定（更新）申請書 | □ 申請を行う市の様式を使用している  □ 印鑑は、法務局に登録されている法人代表者印を使用している  □ 申請者名称、代表者氏名、住所が登記簿謄本と一致している  □ 事業所名称、所在地、電話番号が付表２、運営規程と一致している  □ 日付が記載されている  □ （メールアドレス欄がある場合）メールアドレスを記載している  　※事業所として利用できるメールアドレスがない場合は「なし」と記入 |
| □ | 第１号通所事業者の指定に係る記載事項  （付表２）  （付表２別紙） | □ 食堂及び機能訓練室の合計面積が基準を満たし、かつ平面図の求積書と一致している  □ 第１号通所事業の実施について定めている定款の条文を記載している  □ 勤務体制一覧表と従業者数が一致している  □ 利用定員、従業者数、営業日、営業時間、サービス提供時間、その他の年間の休日、通常の事業の実施地域が運営規程と一致している |
| □ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表  ※参考様式 | □ 管理者は常勤である  □ 単位ごとに作成している  □ サービス提供時間の勤務時間を記入している  □　従事者の数が基準を満たしている |
| □ | 資格証の写し | □ 生活相談員、看護職員、機能訓練指導員のみ添付している  ※上記３職種以外の資格証の添付は必要ありません。  □ 従業者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添付している |
| □ | 介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定に係る誓約書 | □ 提出先の市長宛となっている  □ 法人代表者印を押印している  □ 誓約書の日付が記載されている |
| □ | 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 | □ 日付が記載されている  □ 該当する加算・減算に全て○をつけている  ※算定変更がある場合は、指定（更新）申請とは別に変更届を提出 |
| □ | 介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス指定に係る確認票 | □ 提出先の市長宛となっている  □ 法人代表者印が押印されている  □ 日付が記載されている  □ 事業所名を記載している  □ 全ての項目を満たしている |