**指定更新申請書類チェックリスト**

**（介護予防・日常生活支援総合事業指定事業）**

法人の所在地：

法人の名称：

代表者の職・氏名：

（担当：　　　　）（電話：　　　　　　　　　　　）

以下の事項について相違ありません。

１　提出書類

申請書類及び提出書類に漏れがないか確認のうえ、□をクリックしてチェックしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 書　　類　　名 | 様　式 | チェック欄 |
| １ | 指定更新申請書 | 別紙様式第三号（五） | [ ]  |
| ２ | 勤務の体制及び勤務形態一覧表（申請書類提出時点での勤務の体制がわかるものを提出してください。） | 標準様式１又は任意様式 | [ ]  |
| ３ | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（内容に変更がある場合に限る。） | 標準様式４又は任意様式 | [ ]  |
| ４ | 誓約書 | 標準様式５又は任意様式 | [ ]  |

**※豊岡市所在の事業所については、申請書類提出後送付する納付書により手数料を納めてください。**

２　各事業の指定に係る記載事項又は書類

　次の項目の変更の有無について、□をクリックしてチェックしてください。

　**変更の有無が「有」の場合は、別途変更届出書（別紙様式第三号（一））及び添付書類（(参考)変更届への標準添付書類一覧）を提出してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 項　　目 | 変更の有無 |
| １ | 事業所の名称及び所在地 | 有[ ] 　・　無[ ]  |
| ２ | 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 | 有[ ] 　・　無[ ]  |
| ３ | 登記事項証明書又は条例等 (注) | 有[ ] 　・　無[ ]  |
| ４ | 事業所の平面図（訪問型サービス）、建物の構造概要及び平面図（通所型サービス） | 有[ ] 　・　無[ ]  |
| ５ | 設備の概要（通所型サービスのみ） | 有[ ] 　・　無[ ]  |
| ６ | 利用者の推定数（訪問型サービス）、利用者の定員（通所型サービス） | 有[ ] 　・　無[ ]  |
| ７ | 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所 | 有[ ] 　・　無[ ]  |
| ８ | サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴（訪問型サービスのみ） | 有[ ] 　・　無[ ]  |
| ９ | 運営規程 | 有[ ] 　・　無[ ]  |

 (注)　法人の定款等の目的等において、第一号事業の実施を確認できない場合、当該サービスの実施を追加する定款等の変更を行う必要があります。当該変更手続をされる前にご相談ください。

３　介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る書類

　加算の届出内容に変更がある場合は、下記の書類のほか、算定の根拠となる書類を提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | 書　　類　　名 |
| １ | 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書（別紙50） |
| ２ | 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（別紙１-４-２） |