**指定更新申請書類チェックリスト**

**（地域密着型特定施設入居者生活介護）**

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 | 別紙様式第二号（二） |  |
| 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５  又は任意様式 |  |
| ４ | 誓約書  （標準様式６及びその別紙①と併せて提出してください。） | 標準様式６  又は任意様式 |  |
| ５ | 介護支援専門員一覧表 | 標準様式７  又は任意様式 |  |
| ６ | 運営推進会議の構成員名簿 | 参考様式９－１  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（別紙様式第二号（四））及び添付書類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 | 有　・　無 |
| ３ | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 | 有　・　無 |
| ４ | 登記事項証明書又は条例等 | 有　・　無 |
| ５ | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等 | 有　・　無 |
| ６ | 管理者の氏名、生年月日及び住所 | 有　・　無 |
| ７ | 運営規程 | 有　・　無 |
| ８ | 協力医療機関（歯科医療機関）の名称、契約の内容等 | 有　・　無 |
| ９ | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | 有　・　無 |

３　介護給付費算定に係る書類

　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 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙３－２） |
| ２ | 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙１－３－２） |