**基準型通所介護（介護予防通所介護相当）事業者の指定申請に係る添付書類一覧**

書類に漏れがないか左欄にチェックして確認してください。

※写し欄に◯が付いている欄については、北海道に提出した内容と変更が無い場合は、北海道に提出した書類の写しを添付でも可。

| № | 申請者確認欄 | 写し | 書類名 | 説　明 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | □ |  | 指定申請書（共通様式） | □事業所の名称及び所在地□申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名□当該申請に係る事業の開始予定年月日 |
| 2 | □ |  | 介護予防通所介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項（付表２） | □事業所の名称及び所在地□管理者の氏名、生年月日及び住所□従業者の人数 |
| 3 | □ |  | 指定（許可）申請に係る添付書類一覧（別添２） |  |
| 4 | □ |  | 登記事項証明書又は条例等 | □登記事項証明書 |
| 5 | □ |  | 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式１） | □原則として事業開始付月について、勤務形態一覧表を作成してください。 |
| 6 | □ | ◯ | 事業所の平面図（参考様式３） | □各室の用途、寸法、面積（内法）及び出入口や廊下の箇所、幅等を記載してください。□事業所の位置図 |
| 7 | □ | ◯ | 設備・備品等一覧表（参考様式４） | □設備基準上、必要な設備及び備品ごとの種目（項目）に分けて、その状況について記載してください。□消耗品は記載不要です。 |
| 8 | □ | ◯ | 運営規程 | □次の事項について定めてあるもの。（参考）（1）事業の目的及び運営の方針（2）従業者の職種、員数及び職務の内容（3）営業日及び営業時間（4）基準型通所介護（介護予防通所介護相当）サービスの利用定員（5）基準型通所介護（介護予防通所介護相当）サービスの内容及び利用料その他費用の額（6）通常の事業の実施地域（7）サービス利用に当たっての留意事項（8）緊急時等における対応方法（9）非常災害対策（10）その他運営に関する重要事項 |
| 9 | □ | ◯ | 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５） | □設置する窓口、連絡先、担当者等を記載してください。□処理体制・手順を記載してください。 |
| 10 | □ | ◯ | サービス提供実施単位一覧表（参考様式６） |  |
| 11 | □ |  | 誓約書（参考様式７） |  |
| 12 | □ |  | 資格を証する書類 | □資格を必要とする職種については、その資格の免許証等の写しを添付してください。 |
| 13 | □ |  | 雇用契約書、雇用証明書または雇用確約書（その他雇用実態の分かるもの）（参考様式８） | □雇用契約書（写し）など従業者との契約関係及び勤務条件を確認できる書類を添付してください。□役員で雇用関係にない従業者については、事業所での勤務形態等が確認できる書類を添付してください。 |
| 14 | □ |  | 建築基準法・消防法の検査済証等 |  |
| 15 | □ |  | その他指定に関し必要と認める事項 | □土地・建物又は事業所の使用権原を証明することのできる書類を添付してください。（例）事業所の不動産登記簿、賃貸借契約書の写し又はそれに代わるもの。 |

※使用する法人印はすべて法務局に登録されている法人の代表者印を使用してください。

※用紙の大きさは、原則としてA4判としてください。