

## ☆指定(更新)申請 提出書類チェック表 「介護予防支援」※居宅介護支援事業所用

※事業所の平面図以外は全てA4紙とし、下記記載の順で提出してください。(R6.6月現在)  
 ※すでに大野城市の居宅介護支援の指定を受けている場合で、届出済の内容から変更がない場合は、添付を省略することが可能です。添付を省略する場合は、「添付省略」にチェックをつけてください。  
 ※居宅介護支援と同時に申請する場合で居宅介護支援の申請内容と同じ場合は、添付を省略することが可能です。添付を省略する場合は、「添付省略」にチェックをつけてください。

番号	添付書類	様式	添付省略	チェック項目
1	指定(更新)申請書	様式第1号 (新規) 様式第4号 (更新)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 申請者名称、代表者職氏名、住所が登記簿謄本と一致しているか <input type="checkbox"/> 事業所名称、所在地、電話番号が付表、運営規程と一致しているか <input type="checkbox"/> 申請日を記載しているか ※申請者欄の押印は不要
2	(新規指定の場合) 事業計画書		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 事業計画書は指定予定日から1年間のものか <input type="checkbox"/> 事業の目的、事業開始予定日、職員配置予定数、利用者数見込みをわかりやすく記載しているか
3	(新規指定の場合) 収支予算書		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 収支予算書は指定予定日から1年間のものか <input type="checkbox"/> 収入見込み、費用見込み、収益見通しをわかりやすく記載しているか
4	提出書類チェック表	本紙	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 全ての項目と申請書類を確認、チェックを入れているか
5	付表(事業所の指定に係る記載事項)	付表13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 人員は勤務形態一覧表、運営規程と一致しているか
6	登記事項証明書(登記簿謄本) ※原本を提出する		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 申請を行う事業を実施する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 登記事項証明書は、申請日前3ヵ月前までに発行されたものか
7	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 ※提出月直近の確定分 ※介護支援専門員証及び主任介護支援専門員研修修了証の写しも併せて提出する ※兼務職員がいる場合は、兼務している事業所の勤務形態一覧表も提出する ※新規指定の場合は雇用契約書の写しも併せて提出	参考様式1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 管理者、従業員全員の4週間分の毎日の勤務時間数を記載しているか <input type="checkbox"/> 日々の勤務時間、職種、兼務関係、常勤・非常勤が明らかか <input type="checkbox"/> 賃金台帳と同月のものになっているか <input type="checkbox"/> 利用者の数が44又はその端数を増すごとに1以上の介護支援専門員を配置しているか <input type="checkbox"/> 介護支援専門員のうち1人以上は常勤か <input type="checkbox"/> 管理者は常勤か <input type="checkbox"/> 管理者は主任介護支援専門員か <input type="checkbox"/> 全員分の介護支援専門員証の写し及び主任介護支援専門員研修修了証の写しを、勤務形態一覧表に記載した氏名順に並べて添付しているか。
8	組織体制図		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 同一場所における全ての事業について作成しているか <input type="checkbox"/> 従業者の氏名が記入されているか(兼務関係がわかるか)
9	(新規指定の場合) 社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票  (指定更新の場合) 賃金台帳 ※提出月直近の確定分	別紙様式	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 加入している場合はそれを証明できる書類の写しを添付しているか  <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表と同月のものになっているか <input type="checkbox"/> 管理者及び配置されている全従業員分が記載されているか
10	管理者の経歴書	参考様式2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 氏名、住所、電話番号、主な職歴に誤りはないか <input type="checkbox"/> 申請時までの経歴が省略なく記載されているか
11	事業所の平面図(写真等)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 事務室、相談室等事業に使用する箇所及び備品の配置及び面積がわかるように記載しているか <input type="checkbox"/> 寸法は内寸で記入しているか <input type="checkbox"/> 複合施設の場合は、専用部分がわかるようにした施設全体の平面図を提出しているか <input type="checkbox"/> 事業専用区画を有しているか
12	建物に係る証明(不動産登記簿等)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不動産登記簿(自己所有の場合) <input type="checkbox"/> 賃貸借契約書及び賃料支払が確認できる書類(賃貸の場合)

## ☆指定(更新)申請 提出書類チェック表 「介護予防支援」※居宅介護支援事業所用

※事業所の平面図以外は全てA4紙とし、下記記載の順で提出してください。 (R6.6月現在)

※すでに大野城市の居宅介護支援の指定を受けている場合で、届出済の内容から変更がない場合は、添付を省略することが可能です。添付を省略する場合は、「添付省略」にチェックをつけてください。

※居宅介護支援と同時に申請する場合で居宅介護支援の申請内容と同じ場合は、添付を省略することが可能です。添付を省略する場合は、「添付省略」にチェックをつけてください。

番号	添付書類	様式	添付省略	チェック項目
13	運営規程		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 職員の職種、員数及び職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項
14	重要事項説明書		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 運営規程の概要 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の勤務体制 <input type="checkbox"/> 苦情相談窓口、苦情を処理するために講じる措置の概要 <input type="checkbox"/> 事故発生時の対応 <input type="checkbox"/> 秘密保持 <input type="checkbox"/> その他利用者のサービスの選択に資する重要事項 <input type="checkbox"/> ウェブサイトに掲載しているものと一致しているか(ウェブサイト掲載は、令和7年度から義務付け)
15	利用契約書		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護サービスの内容 <input type="checkbox"/> 契約解除の条件について、利用者、事業者双方の定めがあるか <input type="checkbox"/> 個人情報の利用について利用者及び利用者家族(代理人)からの同意を得る旨を記載しているか
16	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6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 利用者からの相談又は苦情に対応する常設の窓口・担当者の設置(担当者名や連絡先) <input type="checkbox"/> 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 <input type="checkbox"/> その他参考事項 <input type="checkbox"/> 保険者、国保連、公的機関の相談窓口 ※市：大野城市役所介護支援課介護サービス担当 092-580-1860 ※国保連：福岡県国民健康保険団体連合会 092-642-7859 ※福岡県運営適性化委員会〔福岡県社会福祉協議会〕 092-915-3511
17	損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 損害賠償保険証書の写し又は損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類(契約手続き中の場合は申込書及び領収書の写し)を添付しているか
18	居宅介護支援事業の指定に関する誓約書及び同意書	参考様式4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 申請者所在地、名称を記載しているか <input type="checkbox"/> 代表者職氏名、住所、生年月日、性別を記載しているか <input type="checkbox"/> 申請日を記載しているか <input type="checkbox"/> 両面印刷しているか ※申請者欄の押印は不要
19	事業所のパンフレット		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 作成している場合は提出