（介護予防）認知症対応型通所介護の指定の更新申請に関する書類（確認表）

※2

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称 |  |
| 管理者氏名 |  |
| 連絡先 | Tel　　　　　　　　　FaxE-mail |
| 作成日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 提出日 | 令和　　年　　月　　日 |

※2

※2

※2

※1

　この確認表を使用し、指定の更新申請書類に漏れがないか確認のうえ、ご提出下さい（この確認表もご提出下さい）。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 書類 | 省略 | 確認 |
| (1) | 指定地域密着型（介護予防）サービス事業者指定更新申請書（様式第二号（一）） |  |  |
| (2) | (介護予防) 認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項　付表第二号（四）（単独型・併設型）又は付表第二号（五）（共用型） |  |  |
| (3) | 事業者の登記事項証明書(指定更新日から３か月以内のもの) | □ |  |
| (4) | 事業所の位置図又は案内図(パンフレット等でも可) | □ |  |
| (5) | 事業所の平面図（標準様式３）及び設備・備品等一覧表（参考様式５）　(参考様式３－２施設整備チェックリストを作成し、添付して下さい。) | □ |  |
| (6) | 事業所の写真(カラー写真に限る) | □ |  |
| (7) | 運営規程 | □ |  |
| (8) | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（標準様式五） |  |  |
| (9) | 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式１） |  |  |
| (10) | 管理者の経歴書（参考様式２） | □ |  |
| （11） | 指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定に関する誓約書（様式６） |  |  |
| （12） | 運営推進会議の構成員（参考様式１１） | □ |  |
| (13) | 指定通知書(写し)(原本証明)((介護予防)認知症対応型通所介護に係る指定通知書の写し、又は指定更新がなされている場合は指定更新通知書の写し) |  |  |
| （14） | ・羽曳野市以外の他の市町村の長が指定する当該地の市町村の状況調書（別紙２）・他の市町村の長の指定書（写）（原本証明）(指定通所書の写し又は指定の更新がなされている場合は指定更新通知書の写し) |  |  |

※１　指定時から変更が無い場合又は変更した事項について、既に変更届を提出済みの場合は提出不要です。（□を☑してください。）

※２　（3）（5）（7）（10）について、変更がある場合は**変更届出書(様式第二号（四）)**も提出してください。