

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 指定申請書類一覧兼チェックリスト

当表は提出不要ですが、**必ず初回来庁前にご確認願います。**

★ なるべく当表を印刷の上、各項目を一つひとつ確認しながら書類を作成願います。
(特に、「写真」はチェック項目全てが確認できるよう撮影してください)

なお、不明な部分は読み飛ばしていただいて構いません。初回来庁時にご案内いたします(斜体文字は広域福祉課確認項目ですのでチェック不要です)。

申請に必要な書類	完了	チェック項目
新規申請 事前確認書		<input type="checkbox"/> 法人の 代表者印 <input type="checkbox"/> 所在地→〇丁目は、漢数字。「番、番地の、号」等の表記注意
指定申請書 (様式第1号(第3条関係))		<input type="checkbox"/> 南河内広域の様式を使用 <input type="checkbox"/> 法人の 代表者印 <input type="checkbox"/> 〇丁目は、漢数字。「番、番地、号」等の表記も登記簿と一致 <input type="checkbox"/> 法人登記事項証明書との整合 <input type="checkbox"/> 営利法人→「法人の所轄庁」欄は空白 <input type="checkbox"/> 事業開始年月日(指定日)は月の初日(1日)
指定に係る記載事項 (付表17)		<input type="checkbox"/> 事業所情報 <input type="checkbox"/> 申請書2枚目と整合 <input type="checkbox"/> 自宅の電話番号不可 <input type="checkbox"/> 定款の条文 <input type="checkbox"/> 定款の条項と一致(項、号の区別注意) <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 管理者経歴書と突合 <input type="checkbox"/> 従業者 <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表と突合 <input type="checkbox"/> 共同生活住居 <input type="checkbox"/> その数は1又は2か(効率的運営に必要と認められる場合は3つまで) <input type="checkbox"/> 居室ごとの定員 <input type="checkbox"/> 定員は1人か(処遇上必要と認められる場合は2人可) <input type="checkbox"/> 入居定員 <input type="checkbox"/> 共同生活住居ごとに5人以上9人以下となっているか <input type="checkbox"/> 営業日、サービス提供時間等 <input type="checkbox"/> 勤務表との整合 <input type="checkbox"/> 運営規程との整合 <input type="checkbox"/> 主な掲示事項 <input type="checkbox"/> 運営規程との整合
	役員名簿(参考様式10)	<input type="checkbox"/> 代表者も含めて記入
	当該事業所に勤務する 介護支援専門員一覧(参考様式22)	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の写しとの整合
	介護給付費の算定に係る 体制等状況一覧表	<input type="checkbox"/> 南河内広域事務室HP様式 <input type="checkbox"/> 届出加算ありの場合、各種添付書類(加算届出のページに掲載)
	定款又は寄付行為等の写し	<input type="checkbox"/> 事業目的の記載[介護保険法に基づく認知症対応型共同生活介護(or地域密着型サービス)事業等] <input type="checkbox"/> 予防の場合…[介護保険法に基づく介護予防認知症対応型共同生活介護(or介護予防サービス)事業等]
	法人登記事項証明書 (写し不可)	<input type="checkbox"/> 事業目的の登記 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内発行の 原本 を添付

申請に必要な書類		完了	チェック項目
従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	管理者		<input type="checkbox"/> 常勤・専従か（以下の場合の兼務を除く） <input type="checkbox"/> 兼務する場合は以下の場合か <input type="checkbox"/> 当該事業所の従業者としての職務に従事する場合 <input type="checkbox"/> 併設する認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設又は介護療養型医療施設（診療所であるものに限る）の職務に従事する場合 ・ 兼務する事業所について（名称（所在地））
	介護従業者		【夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯】 <input type="checkbox"/> 共同生活住居ごとに、常勤換算方法で、利用者の数（前年度の平均値：前年度全利用者延人数÷営業日）が3又はその端数を増すごとに1以上であるか ※①事業開始から6ヶ月未満の間はベッド数の90%、※②6ヶ月以上1年未満の場合は、直近6月で得た数、※③1年以上経過している場合は、直近1年で得た数 【夜間及び深夜の時間帯】 <input type="checkbox"/> 共同生活住居ごとに、夜間及び深夜の時間帯を通じて1以上の介護従業者に夜間及び深夜の勤務を行わせるために必要な数以上を配置しているか 【共通】 <input type="checkbox"/> 1以上の者は常勤か ・ 当該事業所に、小規模多機能型居宅介護事業所が併設されている場合において、当該事業所及び併設事業所のそれぞれに人員に関する基準を満たす従業者を置いているときは、当該介護従業者は、併設事業所の職務に従事することができる。
	計画作成担当者		<input type="checkbox"/> 共同生活住居ごとに担当者を配置しているか（他の共同生活住居との兼務は不可） <input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修又は痴呆介護実務者研修基礎課程を修了した者か <input type="checkbox"/> 専従か ※非常勤での配置も可（業務に支障のない場合の兼務は下記） <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、当該共同生活住居における他の職務か <input type="checkbox"/> 計画作成担当者のうち1以上の者は介護支援専門員か <input type="checkbox"/> 介護支援専門員でない計画作成担当者は、特養の生活相談員や老健の支援相談員など計画作成に関し実務経験を有する者であるか
資格証及び研修修了証の写し	代表者		<input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業開設者研修
	管理者		<input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修
	計画作成担当者		<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 修了証（認知症介護実践者研修又は基礎課程）
			<input type="checkbox"/> 氏名が異なる（改姓等）場合→改姓したことが分かる書類の写し、または同一人物であることの誓約書
組織体制図			<input type="checkbox"/> 法人名称・事業所名称の記載 <input type="checkbox"/> 兼務がある場合、点線で結ぶなど明確に <input type="checkbox"/> 役員が管理者や従業者である場合、「勤務時間中専従する」旨の一筆
運営法人代表者経歴書（参考様式2-2）※理事長や代表取締役（合理的でない場合は、地域密着型サービスの事業部門の責任者等）			<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護等の従業者又は訪問介護員等として、認知症高齢者の介護に従事した経験を有する者、又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの経営に携わった経験を有する者であるか
管理者経歴書（参考様式2）			<input type="checkbox"/> 事業所名称 <input type="checkbox"/> 指定日時点での経歴（前職終了および 新経歴（管理者又は計画作成担当者就任） 明記） <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護等の従業者又は訪問介護員等として、 3年以上認知症である者の介護に従事した経験 を有する者であるか <input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した者か（【みなし】平成18年3月31日までに実践者研修又は基礎課程を修了した者であって、平成18年3月31日に現に管理者の職務に従事している者又は、認知症高齢者グループホーム管理者研修（17年局長通知及び17年局長通知に基づき実施されたもの）を修了した者を含む）

