

収受印

通所型サービス 指定申請に係る必要書類一覧

申請する事業所の名称	
------------	--

(この書類も同封してください)

	申請書及び添付書類 申請するサービスに「V」印を付けてください⇒	現行相当		サービス A	
		必要書類	チェック	必要書類	チェック
申請書	1 坂井地区広域連合介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定申請書(第1号様式)	○		○	
	2 介護予防通所介護相当サービス事業所の指定に係る記載事項(付表2-1)	○		—	
	3 通所型サービスA事業所の指定に係る記載事項(付表2-2)	—		○	
添付書類	1 登記事項証明書又は条例等	○		○	
	2 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式2) 生活相談員、看護職員、機能訓練指導員の資格証の写し (※看護職員を配置しない場合は下記書類を提出) 病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携協定書	○		—	
	3 サービス提供実施単位一覧表(参考様式9) 日課表等(サービス提供単位ごとのサービス内容がわかるもの)	○		○	
	4 管理者の氏名等 ※(参考様式4)管理者経歴書に、氏名、生年月日、住所、電話番号を記載。	○		○	
	5 事業所の平面図(参考様式6) 外観及び内部の様子がわかる写真	○		○	
	6 運営規程	○		○	
	7 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7)	○		○	
	8 坂井地区広域連合介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る「体制等に関する届出書」及び「体制等状況一覧」	○		—	
	9 指定通所介護事業所の指定通知書の写し	○		○	
	10 指定通所介護事業所指定等に関する直近の「指定(更新)申請書」及び「付表」の写し(添付資料は不要)	○		○	

備考1 サービスにより必要書類が違いますので漏れがないよう確認してください。

2 「現行相当」と「サービスA」を同時に届出する場合で内容が同じ場合には添付書類は一式で構いません。

○申請書類に記載された内容等について問い合わせをする際の担当者と連絡先を記入してください。

担当者連絡先	
担当者名	
連絡先	(Tel) (FAX)

広域連合 処理欄			
コード	地区外	進達月	
指定日		入力	