

提出書類チェックシート ※申請書と併せて提出が必要です。

受付番号：

①

書類問合せ先担当者 所属・氏名	書類問合せ先 TEL(市外局番から)
--------------------	-----------------------

※書類提出時には、書類番号順に並べて提出をお願いします。

サービス	書類 順序	自己 チェック ✓	申請必要書類	様式名等	説明
全サービス	1	<input type="checkbox"/>	提出書類チェックシート（本票）	本票	・書類上欄の、問い合わせ先担当者名とTEL番号をご記入ください。
	2	<input type="checkbox"/>	指定更新申請書	同封③	・同封④の記載例を参照してください。
	3	<input type="checkbox"/>	更新申請手数料（奈良県収入証紙）		・各サービスで定められている申請手数料分の奈良県収入証紙を指定更新申請書の裏に貼付してください。（収入印紙ではありません。） ・同封④、同封⑤参照。
	4	<input type="checkbox"/>	法人登記事項証明書（現在事項全部証明書）		・コピー不可。法務局から交付された原本(発行後3ヶ月以内のもの)を添付してください。 ・申請者が地方公共団体のときは関係条例等を添付してください。
	5	<input type="checkbox"/>	運営規程		・ <u>変更がある場合は、変更届（HP掲載）を作成し同封してください。</u>
	6	<input type="checkbox"/>	経歴書（管理者）	参考様式1（HP掲載）	
	7	<input type="checkbox"/>	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（シフト表）	シフト表様式（HP掲載）	・提出日の前月分の実績を記載してください。 ・他事業と兼務する従業員がいる場合は、他事業におけるその従業員のシフト表も添付してください。 ・複数の職種を兼務している場合、職種ごとに勤務時間を区別して明確に記載してください。
	8	<input type="checkbox"/>	資格者証の写し		・管理者及び従業員のうち、当該職務に従事するために資格が求められる者全員の資格者証の写しを添付してください。（合格証書は不可） ※介護支援専門員の方は、登録証明書でなく、有効期限が確認できる介護支援専門員証が必要です。 ※介護職員の資格証の写しは不要です。（訪問介護員は必要です。） ・資格者証に記載された名字とシフト表に記載された名字が異なる従業員がいる場合は、資格者証の写しに同一人物である旨を明記してください。
	9	<input type="checkbox"/>	健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬月額決定通知書の写		・ <u>申請時点において直近のものとしします。</u> ・シフト表に記載された常勤職員の在籍を確認するため、提出を求めています。非正規職員であっても、常勤職員同等の時間数勤務をしている者は常勤として扱います。 ・常勤の者で、健康保険・厚生年金保険に加入していない者がいる場合は、「在籍確認書」を提出してください。 ※在籍確認書の様式は、HPの参考様式に掲載しています。
	10	<input type="checkbox"/>	誓約書	誓約書（HP掲載）	・記入・押印し、該当サービス分の別紙を印刷し、添付してください。
	11	<input type="checkbox"/>	常勤職員が1週間に勤務すべき時間数	右に記入	・雇用契約、就業規則等で定められた勤務時間により記載してください。 常勤の勤務時間数 時間
通所介護 特定施設 老福/老健	12	<input type="checkbox"/>	経歴書（生活相談員・支援相談員）	参考様式（HP掲載）	・社会福祉主事任用資格者、社会福祉士等の場合は添付不要です。その場合は、資格者証の写しを添付してください。 ・生活相談員の経歴書では「2年以上相談業務に従事した経験があるか」を確認します。
特定施設 老福/老健 療養医療	13	<input type="checkbox"/>	業務従業者数集計表	参考様式（HP掲載）	・シフト表と合わせてご記入ください。

※裏面もご確認ください。

訪問介護	14	<input type="checkbox"/>	サービス提供責任者の配置基準に係る利用者の数	右に記入	<p>・申請書提出日前3月の利用者数の平均を下記へ記載してください。 _____人（____月～____月の平均）</p> <p>※<u>通院等乗降介助に該当するもののみ</u>利用した者の当該月における利用者の数については、0.1人として計算すること。</p> <p>・同一事業所にて、総合事業の訪問型サービス又は障害の訪問サービス（居宅介護等）を行っている場合は、サービスの利用者数の平均を下記へ記載してください。 （総合事業） _____人 （障害の訪問サービス） _____人</p>
訪問介護	15	<input type="checkbox"/>	通院等乗降介助の有償運送の許可	右に記入	<p>・通院等乗降介助を行っている場合は許可書の有無を確認し、下記の<input type="checkbox"/>にチェックしてください。 <input type="checkbox"/>近畿運輸局から有償運送の許可を受けている</p>
通所介護	16	<input type="checkbox"/>	介護職員の配置基準に係る日ごとの利用者の実人数	参考様式 (HP掲載)	<p>・提出日の前月の日ごとの利用者の実人数を記入してください。 ・シフト表と照合し、介護職員の配置基準が満たされているかを確認します。</p>
短期入所 老福/老健 療養医療	17	<input type="checkbox"/>	生活相談員等の配置基準に係る利用者の数（総利用者数）	右に記入	<p>・前年度の平均値を下記へ記載してください。 本体施設入所者 _____人 短期利用者数 _____人 （老福の場合…内、併設ショート _____人、空床ショート _____人）</p> <p>・前年度の全利用者の延数÷365 ・小数点第2位以下切り上げ</p>
特定施設	18	<input type="checkbox"/>	生活相談員等の配置基準に係る利用者の数（総利用者数）	右に記入	<p>・前年度の平均値を下記へ記載してください。 要介護者数 _____人 要支援者数 _____人</p> <p>・前年度の全利用者の延数÷365 ・小数点第2位以下切り上げ</p>
短期入所 特定施設 老福/老健 療養医療	19	<input type="checkbox"/>	夜勤時間帯の設定	右に記入	<p>・設定している夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間をいう。）を下記へ記入してください。 午後 _____時～翌日の午前 _____時</p> <p>・夜勤職員配置加算等の要件を満たしているか確認する際に必要となります。</p>

※書類一式は、副本（写し）をとり、事業所で保管してください。

【提出前の最終チェック】

- 必要な提出書類はすべて揃っていますか。
- 各書類に、事業者名やサービス種類は正しく記入されていますか。
- 運営規程は、変更しなければならない点はありませんか。ある場合は、変更届を同封してください。
 （よくある運営規程の変更）
 - ・利用料について
 平成30年度から介護保険サービスの利用者負担の割合が1～3割に変わりました。「1割とする」と表記している場合は、「利用者負担割合の額とする」に改めてください。
 - ・サービス種類について
 平成30年度から介護予防訪問介護と介護予防通所介護は、総合事業に移行しました。「介護予防訪問介護」「介護予防通所介護」という表記が運営規程に含まれている場合は、改めてください。
 - ・職員の員数、営業日、営業時間について
 シフト表と比べて矛盾がないか確認してください。
 - ・附則について
 開設予定日を記載してください。運営規程を変更するたびに、変更日が分かるように附則を付け足してください。
- シフト表は、正しく記載されていますか。注意事項や記載例をよくお読みください。
- 「資格者証の写し」と「被保険者標準報酬月額決定通知書」は、必要分揃っていますか。
 シフト表を見てご確認ください。
- 誓約書は、別紙も添付しましたか。
 （例えば、訪問介護を申請する場合、誓約書を記入・押印し、さらに別紙①を印刷し添付してください。）