

## 介護予防支援事業者の指定に必要な提出書類

指定日2ヶ月前までには仮申請書を、1ヶ月前には完成版の書類を提出してください。

添付書類 一覧番号	提出書類	内容	備考
\	指定申請書 <b>第1号様式（第2条関係）</b>	申請者の名称等を記載してください。	
\	事業所の指定に係る 記載事項（付表7）	事業所の名称等を記載してください。	
\	指定申請に係る添付書類一 覧（別添）	提出書類が揃っていれば「該当欄」に を 付けてください。	
1	申請者の定款、寄附行為等 及びその登記事項証明書又 は条例等	介護保険に関する事業を実施する旨の 記載のある定款または寄附行為の写し （原本証明をしてください。） 介護保険に関する事業を実施する旨の 記載のある登記事項証明書	・事業を実施する旨の記載 がないなどで定款及び登 記事項証明書等を変更す る場合には、定款等を変 更し、変更後に提出する 旨の誓約書も添付してく ださい。（仮に変更前のも のを提出）
2	従業員の勤務体制及び 勤務形態一覧表 （長岡市様式） 様式はメールします。	勤務表 地域包括支援センターへの辞令の写し	・管理者及び従業員に介護 支援専門員等の資格があ る場合は資格証の写し
3	管理者の経歴 （参考様式2）	当該事業の管理者の住所、氏名、電話番号、 生年月日、主な職歴等	
4	事業所の平面図	事業所の位置図（長岡市広域の位置図及 び事業所周辺の位置図） 事業所の平面図（用途・面積を明示した 図面） 事業所の求積図（縦×横の長さがわかる ように） 事業所の外観及び各室・各スペースの様 子が分かる写真を添付（A4サイズ用紙 に各箇所の名称、説明等を記載）	・建物について、複数階あ る場合は他の階の平面図 も提出してください。（当 該事業所以外の部分は寸 法及び面積の表示は不 要） ・外観、事務室、相談室（相 談スペースは間仕切りの 様子が分かるもの）、重要 事項・苦情を処理するた めの概要の掲示されてい る写真。 ・居室面積一覧表

			(参考様式4)も提出してください。
5	運営規程	<p>運営規程(次の内容について、具体的かつわかりやすく定めてください。)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 事業の目的及び運営の方針</li> <li>2 職員の職種、員数及び職務内容</li> <li>3 営業日及び営業時間</li> <li>4 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</li> <li>5 通常の事業の実施地域</li> <li>6 その他運営に関する重要事項</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2は員数及び職務内容を記載してください。</li> <li>・ 3は年間の休日も含めて定めてください。</li> <li>・ 4は利用者の相談を受ける場所、課題分析の手順等を記載してください。</li> <li>・ 6は 従業者及び退職者の秘密保持 従業者の研修など。</li> </ul>
6	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)	<p>苦情処理(次の事項について、具体的かつわかりやすく記載してください。)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)・担当者の設置</li> <li>2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順</li> <li>3 苦情があったサービス事業者に対する対応、方針等</li> <li>4 その他参考事項</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1は事業所、長岡市介護保険課給付係(電話番号0258-39-2245 受付時間8:30~17:00)</li> <li>新潟県国民健康保険団体連合会介護サービス相談室(電話 025-285-3022 受付時間9:00~17:00)を記載してください。</li> </ul>
7	当該申請に係る資産の状況	直近の法人の決算書の写し 収支見込書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 収支見込書は3ヵ年の見込みを作成してください。当該年度ごとに赤字か黒字かわかるように。</li> </ul>
8	関係市町村並びに他の保健医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携の内容	<p>連携の内容(次の事項について、できる限り具体的かつわかりやすく記載してください。)</p> <p>(参考)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 関係市町村との連携の内容 サービス提供前の受給資格の確認等 介護予防サービス計画の作成等 利用者に関する通知 事故発生時の対応等</li> <li>2 他の保健医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携の内容 サービス提供困難時の対応 指定介護予防サービス事業者との連携</li> </ol>	

		指定地域密着型介護予防サービス事業者との連携の内容 介護保険施設との連携 事故発生時の対応等 3 その他参考事項	
9	法第115条の2第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書 役員の氏名等 (参考様式9-3)	誓約書には、住所、名称等を記載してください。 役員の氏名等には、役員及び管理者の氏名等を記載してください。	
10	当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧 (参考様式10)	介護支援専門員の氏名、介護支援専門員登録番号を記載してください。	・介護支援専門員証の写しを添付してください。
11	その他	利用者との契約書の様式 重要事項説明書の様式 居宅介護支援事業所への委託契約書	

様式関係は、URL : [http://www.city.nagaoka.niigata.jp/kurashi/kaigo/sitei\\_sinsei.html](http://www.city.nagaoka.niigata.jp/kurashi/kaigo/sitei_sinsei.html)

【長岡市ホームページ】 【くらし】 【介護】 【介護事業者向けの情報 地域密着型サービス事業所指定申請について】 からダウンロードできます。

指定までの流れは、【書類審査】 【現地確認】(備品等搬入後) 【地域密着型サービス運営部会】(3週間)

【指定決定】となりますので、指定日をよく検討してください。

介護保険法のほかに関係法令を確認し、遵守してください。