

**更新申請書類確認表（10）**

(小規模多機能型居宅介護、複合型サービス)

介護保険事業所番号	
事業所名	

※この確認表を表紙にして、チェック漏れがないように提出してください。

	提出書類	留意事項	申請者確認欄	市確認欄
1	指定居宅サービス事業所等 指定更新申請書 (別紙様式第二号(二))	<ul style="list-style-type: none"> <li>右上の申請者部分には、所在地、名称に加え、代表者の職名と氏名を記入すること。</li> <li>有効期間満了年月日は、申請日時点の有効期間最終日を記入すること。</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	付表	<ul style="list-style-type: none"> <li>各サービスの付表を使用すること。</li> <li>更新時の状況に相違ないか必ず見直すこと。</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式)	<ul style="list-style-type: none"> <li>申請月の前月分(確定したもの)を添付すること。</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	介護支援専門員一覧 (参考様式第2号)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	従業者の資格を証する書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>資格が必要な職種のみ(必要に応じて勤務経験を証明する経歴書を添付)。</li> <li>代表者は「認知症対応型サービス事業開設者研修」の修了証の写しを添付すること。</li> <li>管理者は「認知症対応型サービス事業管理者研修」の修了証の写しを添付すること。</li> <li>計画作成担当者は「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」の修了証の写しを添付すること。</li> <li>改姓している場合は、その旨を余白に記載し奥書証明すること。</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	誓約書(参考様式第9号)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(地域密着型サービス)、(地域密着型介護予防サービス)にチェックを入れること。</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	介護給付費算定に係る体制等 状況一覧表(別紙1-3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和6年6月改定以降の様式を使用すること。</li> <li>加算を算定している場合は、更新に合わせて、算定状況に問題がないか必ず確認すること。</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	非常災害対策計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>両面印刷にし、枚数削減に努めること。</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	避難確保計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>浸水想定区域内又は土砂災害警戒区域内に所在し、市町村地域防災計画の定められた事業所のみ対象。</li> <li>両面印刷にし、枚数削減に努めること。</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	業務継続計画(BCP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>自然災害に関するBCP、感染症に関するBCPをそれぞれ添付すること。 (上記2つを一体的に作成しても可能であるが、各々の災害特性に応じた計画内容となっていること。)</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

申請事務担当者			
所属		電話	
氏名		F A X	