

更新申請書類確認表（9）
（認知症対応型通所介護）

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))	・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。 ・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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	付表	・各サービスの付表を使用すること。 ・更新時の状況に相違ないか必ず見直すこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	従業員の勤務体制及び勤務形態 一覧表(標準様式)	・申請月の前月分(確定したもの)を添付すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	従業員の資格を証する書類	・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)。 ・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。 ・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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	誓約書(参考様式第9号)	・(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	介護給付費算定に係る体制等 状況一覧表(別紙1-3-2)	・令和6年6月改定以降の様式を使用すること。 ・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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	非常災害対策計画	・両面印刷にし、枚数削減に努めること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	避難確保計画	・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。 ・両面印刷にし、枚数削減に努めること。	<input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	業務継続計画(BCP)	・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。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

申請事務担当者			
所 属		電 話	
氏 名		F A X	