

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 (第43号様式の6)	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・実施事業に○を記入すること。 ・指定年月日は、最初に指定を受けた年月日を記入すること。 ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模多機能型居宅介護の場合は、付表5。 ・複合型サービスの場合は、付表9。 ・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	従業者の勤務体制及び勤務形態 一覧表（参考様式第1号）	<ul style="list-style-type: none"> ・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	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"> ・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）。 ・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。 ・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。 ・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。 ・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"/>
6	誓約書（参考様式第9号）	<ul style="list-style-type: none"> ・（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"/>
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"> ・令和3年4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"/>
8	非常災害対策計画	<ul style="list-style-type: none"> ・両面印刷にし、枚数削減に努めること。 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	避難確保計画	<ul style="list-style-type: none"> ・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"/>
10	業務継続計画（BCP）	<ul style="list-style-type: none"> ・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	