

介護予防支援 申請に必要な書類チェックリスト (居宅介護支援事業所)

※このチェックリストは、すべてのチェック欄を記入したうえで申請書類提出時に併せて提出してください。

| チェック欄 | 提出様式 | 書類名称 | 留意事項 |
|--------------------------|------------|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 別紙様式第二号(一) | 指定申請書 | ・右上の年月日は申請書類を提出する日(郵送日もしくは窓口提出日)をご記入ください。 ・記入例を参照してください。 |
| <input type="checkbox"/> | 付表第二号(十二) | 指定介護予防支援事業所の指定等に係る記載事項 | |
| <input type="checkbox"/> | (標準様式7) | 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧 | |
| <input type="checkbox"/> | その他添付書類 | 法人登記事項証明書 | ・発行日より3か月以内の原本の提出が必要です。 ・事業目的に事業を実施する旨の記載が必要です。 (例)介護保険法に基づく介護予防支援事業 |
| <input type="checkbox"/> | その他添付書類 | 従業者の資格を証明するものの写し | <管理者> 介護支援専門員及び主任介護支援専門員の資格証 <介護支援専門員> 介護支援専門員 主任介護支援専門員の資格を有する職員は主任介護支援専門員の資格証を併せて提出してください。 |
| <input type="checkbox"/> | 豊中市が定める様式 | 運営規程(介護予防支援・記入例) | |
| <input type="checkbox"/> | 豊中市が定める様式 | 介護給付費算定に係る誓約書(様式-加算誓約(予支)) | ・内容を必ず確認してください。 ・該当欄に法人名称、代表者の職及び氏名を記入し、法人の代表者印を押印してください。 |
| <input type="checkbox"/> | (標準様式6) | 誓約書 | ・内容を必ず確認してください。 ・該当欄に法人名称、代表者の職及び氏名を記入し、法人の代表者印を押印してください。 ・該当するサービス種に○印を付けてください。 |
| <input type="checkbox"/> | その他添付書類 | 申請に必要な書類チェックリスト | ・このチェックリストです。 ・すべてのチェック欄を記入したうえで提出してください。 |

※居宅介護支援事業所のレイアウトや人員配置等に変更がある場合、別途変更届を提出してください。

【以下の項目について確認したうえで、当てはまる場合はチェックしてください】

| チェック欄 | 項目 | 確認事項 |
|--------------------------|-----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 役員について | ①欠格事由に該当する者はいない。 |
| <input type="checkbox"/> | 事業所の管理者について | ②欠格事由に該当する者はいない。 |
| <input type="checkbox"/> | 当該申請に係る事業に係る資産の状況について | ③資産の確保はできている。 |
| <input type="checkbox"/> | | ④資金繰りが危うくなった場合の対応策は立てている。 |
| <input type="checkbox"/> | 人員基準・設備基準について | ⑤「豊中市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例」及び「豊中市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例」に定める人員基準、設備基準を満たしている。 |
| <input type="checkbox"/> | 損害賠償について | ⑥介護予防支援事業所における損害賠償発生時の対応方法が確立されている。 |

※上記内容以外にも、口頭で確認させていただくことがあります。

| | |
|-----------|---------|
| 法人名: | 事業所名: |
| 担当者名: | 担当者連絡先: |
| Eメールアドレス: | |