

| | | | |
|----------|-------|-------|-------|
| | | 受付番号 | |
| 申請者(法人)名 | | | |
| 事業所名 | | | |
| サービス種類 | | | |
| 受付日 | 年 月 日 | 指定予定日 | 年 月 日 |

○申請書類チェックリスト(居宅サービス用(短期入所等を除く))

- ・下記の申請に必要な書類をすべて揃えて1部(※)ご提出ください。
- ※ 訪問看護サービスのみ2部ご提出ください。

| No. | 書類名 | 様式番号等 | チェック欄 | | 備考 |
|-----|-------------------------|---------|-------|------|---|
| | | | 事業所 | 県(※) | |
| 1 | 申請書 | 様式第1号 | | | ・法人名で申請, 押印すること |
| 2 | 付表 | 付表1~12 | | | ・サービスごとに添付 |
| 3 | 現在事項全部証明書(原本) | | | | ・履歴事項全部証明書でも可(登記簿) |
| 4 | 法人組織図 | | | | ・同一敷地内の事業所, 兼務状況を記載 |
| 5 | 勤務形態一覧表 | 参考様式1 | | | |
| 6 | 雇用契約書又は辞令の写し | | | | ・勤務場所, 職種が明記されているもの |
| 7 | 経歴書 | 参考様式2 | | | ・通所リハビリの経験看護師は添付する |
| 8 | 資格証の写し | | | | ・裏面又は余白に本人の署名・押印 ・資格が必要な職種のみ |
| 9 | 従業員一覧表 | 参考様式15 | | | |
| 10 | 事業所の平面図 | 参考様式3 | | | ・各施設設備の面積及び備品の配置を明記 ・賃借物件は, 賃貸借契約書の写しを添付 |
| 11 | 事業所の写真 | | | | ・カラー写真 ・事業所外観・内部設備が確認できること |
| 12 | 事業所の設備等に係る一覧表 | 参考様式5 | | | |
| 13 | 運営規程 | | | | |
| 14 | 苦情処理の措置 | 参考様式6 | | | |
| 15 | 事業計画書 | | | | |
| 16 | 収支予算書 | | | | |
| 17 | 損害賠償の措置 | | | | ・損害賠償保険証の写し |
| 18 | 誓約書 | 参考様式7 | | | ・居宅サービス(参考様式7) |
| 19 | 返信用封筒(250円分切手) | | | | ・返信用の宛名, 住所を記載 |
| 20 | 特例による指定を不要とする旨の申出書 | 様式第2号の2 | | | ・障害福祉サービスの事業所が共生型居宅サービスの特例を不要とする場合のみ |
| 21 | 障害福祉サービスの指定指令書の写し | | | | ・共生型訪問介護, 共生型通所介護のみ |
| 22 | 通所介護事業所等から技術的支援を受けている書面 | | | | ・共生型訪問介護, 共生型通所介護のみ |

※ 県チェック欄は記入しないこと

○介護予防サービスを同時申請する場合

・上記書類と併せて、下記の書類(原本)を添付してください。その他の書類は、省略可能です。

| No. | 書 類 名 | 様式番号等 | チェック欄 | | 備 考 |
|-----|-------|----------|-------|------|-----------------|
| | | | 事業所 | 県(※) | |
| 1 | 申請書 | 様式第 1 号 | | | ・法人名で申請, 押印すること |
| 2 | 付表 | 付表 1 ~12 | | | |
| 3 | 誓約書 | 参考様式 8 | | | |

○介護給付算定に係る体制等に関する届出書(加算届)について

・新規申請時は、加算の有無にかかわらず、下記書類を提出してください。

| No. | 書 類 名 | 様式番号等 | チェック欄 | | 備 考 |
|-----|----------------------|-------|-------|------|---|
| | | | 事業所 | 県(※) | |
| 1 | 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 | 別紙 1 | | | ・すべての加算について「なし」、「あり」又は加算の種類に○をつけること |
| 2 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 | 別紙 2 | | | ・法人名で申請, 押印すること |
| 3 | 添付書類 | | | | ・算定する加算の種類によって、添付する書類は異なるので、加算届の添付書類の一覧表で確認すること ・通所介護及び通所リハビリテーションを新規申請する場合には、「通所系サービス報酬区分確認表」を提出すること。 |

※ 申請書様式及び加算届の様式については、下記の茨城県 保健福祉部 健康長寿福祉課のホームページからダウンロードしてご利用ください。

【アドレス】 <http://www.pref.ibaraki.jp/kurasu/fukushi-kosodate/kaigohoken/index.html>

「茨城県のトップページ」→「茨城で暮らす」→「福祉・子育て」→「介護保険」→「事業者届出関係」からもご覧になれます。

県確認欄(記入不要)

| | | |
|---|---------|--|
| 1 | 書類の有無 | |
| 2 | 書類の順番 | |
| 3 | 不足書類の連絡 | |

| | |
|----------|--|
| 受付担当者確認欄 | |
|----------|--|