**介護老人保健施設の更新申請に係る添付書類一覧**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 | 連絡先電話番号 |
|  |  |

| 項  番 | 申請者確認欄 | 受付者確認欄 | 書　　類　　名 | 説　　　　　　　　明 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | □ | □ | 介護老人保健施設の更新申請に係る添付書類一覧　（本書類） | 〇申請者確認欄に☑をし、添付書類に漏れがないようにし、番号順に提出してください。 |
| 申請書 | □ | □ | 第11号様式  ＜介護老人保健施設開設許可  更新申請書＞ | 〇開設者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日及び住所  〇施設の名称及び所在地  〇現に受けている指定の有効期間満了日  〇管理者の氏名及び住所  〇従業員の人数 |
| □ | □ | 第12号様式  ＜介護老人保健施設管理者承認申請書＞ | 〇変更がある場合のみ添付してください。  〇医師以外の者が管理者になろうとする場合は、経歴書と資格者証を添付してください。 |
| □ | □ | 第13号様式  ＜介護老人保健施設広告事項許可申請書＞ | 〇変更がある場合のみ添付してください。 |
| 2 | □ | □ | 自主点検表兼確認表 | 〇必ず自主点検表により確認を行ってください。 |
| 3 | □ | □ | 法人登記簿の全部事項証明書の原本（指定を受けようとする日から前3月以内に発行されたもの） | 〇他の事業所の申請書に原本が添付されており、同月に申請書を提出する場合は、コピーの添付も可 |
| 4 | □ | □ | (1)従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表  　（参考様式１） | 〇更新申請書提出月（予定）及び前月（実績）の勤務形態一覧表を提出してください。（事業所の勤務表で職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は、事業所の勤務表で可）  〇ユニット型の場合は、ユニットごとの勤務形態が確認できるものを提出してください。 |
| □ | □ | (2)免許証等の写し | 〇資格を必要とする職種\*については、その資格の免許証等の写しを添付してください。  \*医師、薬剤師、看護職員、支援相談員、理学療法士、  作業療法士、言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員  ※介護職員の免許証等の添付は不要です。 |
| □ | □ | (3) 雇用契約書等の写し | ○雇用契約書（写）又は賃金台帳（写）など従業者との雇用関係及び勤務条件を確認できる書類を添付してください。  ○継続雇用者で当該施設に配置替えとなった従業者については、異動辞令を併せて添付してください。  ○役員で雇用関係にない従業者については、従事証明書（原本）等、施設での勤務が確認できる書類を添付してください。  ○従業者一覧表の順に並べて提出してください。 |
| 4 | □ | □ | (4)従業者一覧表  （参考様式２） | 〇従業者(管理者を含む)全員について、従業者一覧表により資格種別、勤務形態等を記入してください。 |
| 5 | □ | □ | 介護支援専門員経歴書  　（参考様式３） | 〇介護支援専門員の職務に従事する者について作成してください。 |
| 6 | □ | □ | 業務予定表 | 〇年間、週間、1日の3種類を作成してください。 |
| 7 | □ | □ | 併設する施設の概要 | 〇病院又は診療所に併設する場合、施設の概要が分かるパンフレット等を添付してください。（併設する施設がある場合のみ） |
| 8 | □ | □ | (1)施設の平面図  (2)敷地平面図  (3)敷地周辺の見取図  (4)施設の現時点の写真 | 〇各室の用途、寸法、面積（内のり）及び出入口や廊下の箇所、幅等を記載してください。  〇平面図は施設名を記載し建築図面等、縮尺が正確な図面を使用してください。  〇施設の主要部分や各室（備品の入ったものとし、外観を含む）の様子が分かるカラー写真を提出してください。  〇原則、直接Ａ４用紙にプリントしたもので、Ａ４用紙一枚当たり10カット以内の大きさとしてください。  〇写真についてはカラーのものを添付してください。  〇平面図に写真を撮った位置・方向等が分かるように写真の番号と矢印を記入してください。  〇施設の主要部分（施設及び設備に関する基準の必置施設）の様子が分かる写真をＡ４用紙に貼り付けて提出してください。 |
| 9 | □ | □ | 運営規程 | 〇次の事項について具体的に定めてください。  　(1)施設の目的及び運営の方針  　(2)従業者の職種、員数及び職務の内容  　(3)入所定員（ユニットの数及びユニットごとの入所  定員数）  　(4)入所者に対する介護保健施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額  　(5)施設の利用に当たっての留意事項  　(6)非常災害対策  (7) 利用者等の虐待の防止のための措置  (8) 利用者等に対し緊急やむを得ない理由で身体的拘束等を行う場合の要件等  　(9)その他施設の運営に関する重要事項 |
| 10 | □ | □ | 協力医療機関との契約の内容 | 〇契約書の写し |
| 11 | □ | □ | 当該申請に係る法第94条の2  第4項において準用する法第94  条第3項各号に該当しない旨の  誓約書（参考様式８－６） |  |
| 12 | □ | □ | 損害賠償保険証書の写し | ○指定更新日以降の継続加入が分かる保険証書の写しを添付できない場合には、提出時点で有効な証書の写しを添付してください。この場合には、後日更新後の証書の写しを提出してください。 |
| 13 | □ | □ | 建物又は事業所の使用権原を証明することのできる書類 | 〇建物を賃借している場合は建物の賃貸借契約書の写し、所有している場合は建物の登記事項証明書（指定を受けようとする日から前3月以内に発行されたもの）を提出してください。 |
| **通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション** | | | | |
| 14 | □ | □ | 通所リハビリテーション事業者の指定に係る記載事項（別紙7） | 〇事業所の名称及び所在地  〇管理者の氏名、生年月日及び住所  〇従業員の人数  〇主な掲示事項 |
| 15 | □ | □ | 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表  （参考様式１） | 〇更新申請書提出月（予定）及び前月（実績）の通所リハビリに従事している従業者の勤務形態一覧表を提出してください。（事業所の勤務表で職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は、事業所の勤務表で可）  ※単位ごとに作成すること。 |
| 16 | □ | □ | 免許証等の写し | 〇資格を必要とする職種\*については、その資格の免許証等の写しを添付してください。  \*医師、薬剤師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員  ※介護職員の免許証等の添付は不要です。  ※ユニット型の場合は、ユニットリーダー研修の修了証を添付してください。  〇従業者一覧表の順に並べて提出してください。 |
| 17 | □ | □ | 雇用契約書等の写し | 〇雇用契約書（写）又は賃金台帳（写）など従業者との雇用関係及び勤務条件を確認できる書類を添付してください。  〇継続雇用者で当該事業所に異動する従業者については、異動辞令を併せて添付してください。 |
| 18 | □ | □ | 運営規程 | 〇次の事項について具体的に定めてください。  　(1)事業所の目的及び運営の方針  　(2)従業者の職種、員数及び職務の内容  　(3)営業日及び営業時間  　(4)利用定員  　(5)利用者に対する指定通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額  　(6)通常の事業の実施地域  　(7)事業所の利用に当たっての留意事項  　(8)非常災害対策  (9)利用者等の虐待の防止のための措置  　(10)その他施設の運営に関する重要事項 |
| **短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護** | | | | |
| 19 | □ | □ | 短期入所療養介護事業者の指定に係る記載事項（別紙9） | 〇事業所の名称及び所在地  〇管理者の氏名、生年月日及び住所  〇主な掲示事項 |
| 20 | □ | □ | 運営規程 | 〇次の事項について具体的に定めてください。  　(1)施設の目的及び運営の方針  　(2)従業者の職種、員数及び職務の内容  　(3)入所定員（ユニットの数及びユニットごとの入所  定員数）  　(4)通常の送迎の実施地域  　(5)入所者に対する短期入所療養介護サービスの内容及び利用料その他の費用の額  　(6)施設の利用に当たっての留意事項  　(7)非常災害対策  (8)利用者等の虐待の防止のための措置  (9)利用者等に対し緊急やむを得ない理由で身体的拘束等を行う場合の要件等  　(10)その他施設の運営に関する重要事項 |