**介護療養型医療施設の更新申請に係る添付書類一覧**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　名 | 申請書提出者 | 連絡先電話番号 | ＦＡＸ番号 |
|  |  |  |  |

| 項番 | 申請者確認欄 | 受付者確認欄 | 書　　類　　名 | 説　　　　　　　　明 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | □ | □ | 自主点検表兼確認表 | □必ず自主点検表により確認を行ってください。 |
| 2 | □ | □ | (1) 第１３号様式＜更新申請書＞ | □施設の名称及び開設の場所□申請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□現に受けている指定の有効期間満了日 |
| □ | □ | (2) 別紙１６－１（病院用）別紙１６－２（診療所用） | □施設の名称及び所在地□管理者の氏名，生年月日及び住所□従業員の人数□主な掲示事項 |
| 3 | □ | □ | 開設者の定款，寄附行為等の登記事項証明書等※市町等の場合は，上記に代えて条例を添付してください。 | □当該事業を実施する旨の記載があるものを添付してください。介護予防の事業を実施している場合は，その旨も定款に記載してあること。□登記事項証明書原本（3ヶ月以内に発行）を添付してください。※個人開設の場合，添付は不要□他の事業所の申請書に原本が添付されており，同時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）　※ユニット型（参考様式１－３） | □更新申請書提出月及び前月（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）□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。□前月分の勤務形態一覧表は，勤務実績について確認の上，管理者が確認署名してください。 |
| □ | □ | (2)従業者一覧表（参考様式１－４） | □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，雇用年月日等を記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□役員で雇用関係にない従業者については，事業所での勤務形態等が確認できる書類を添付してください。 |
| □ | □ | (3) 免許証等の写し | □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。 |
| □ | □ | (4)雇用契約書の写し | □雇用契約書（写）又は賃金台帳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。 |
| 5 | □ | □ | 介護支援専門員経歴書（参考様式２－３） |  |
| 6 | □ | □ | 介護支援専門員一覧表（参考様式１０） | □介護支援専門員登録証明書又は介護支援専門員証に記載されいる登録番号（８桁）を記入してください。 |
| 7 | □ | □ | 居室面積等一覧表（参考様式４） | □申請する病床を有する病棟全体について作成してください。 |
| 8 | □ | □ | 設備・備品等一覧表（参考様式５） |  |
| 9 | □ | □ | (1) 施設の平面図 | □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。□平面図は事業所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。 |
| □ | □ | (2) 施設の現時点の写真 | □写真についてはカラーのものを添付してください。□平面図に写真を撮った位置・方向等が分かるように記入してください。□施設の主要部分（備品の入ったものとし，外観を含む）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。 |
| □ | □ | (3) 建物配置図 |  |
| 10 | □ | □ | 運営規程 | □次の事項について具体的に定めてください。　(1) 事業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) 入院患者定員（ユニットの数及びユニットごとの定員数）　(4) 入院患者に対する指定介護療養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) 虐待の防止のための措置に関する事項(8) その他施設の運営に関する重要事項 |
| 11 | □ | □ | 当該申請に係る法第107条の2第4項において準用する法第107条第3項各号に該当しない旨の誓約書（参考様式９－１） | □当該申請に係る法第107条の2第4項において準用する法第107条第3項各号に該当しない旨を確認の上，誓約書を添付してください。□役員等の範囲A　業務を執行する社員・取締役又はこれらに準ずる　者B　相談役、顧問役等の名称を有するかどうかは問わず、Aと同等以上の支配力を有すると認められる者C　事業所の管理者 |
| 12 | □ | □ | その他更新に関し必要と認める事項 | □損害賠償保険の保険証書の写しを提出してください。□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を添付してください。（例）事業所の不動産登記簿，賃貸借契約書の写し又はそれに代わるもの。 |
| **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** |
| 13 | □ | □ | 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） | □施設の名称及び所在地□管理者の氏名，生年月日及び住所□従業員の人数□主な掲示事項 |
| 14 | □ | □ | 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表　（参考様式１） | □更新申請書提出月及び前月（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。 |
| 15 | □ | □ | 免許証等の写し | □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。 |
| 16 | □ | □ | 雇用契約書の写し | □従業者との雇用関係，従事実績，勤務条件を確認できる書類（雇用契約書，更新申請書提出月の前月の出勤簿又は賃金台帳等の写し）を添付してください。 |
| 17 | □ | □ | 運営規程 | □次の事項について具体的に定めてください。　(1) 事業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) 指定通所リハビリテーションの利用定員 　(5) 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) サービス利用に当たっての留意事項　(8) 非常災害対策　(9) 虐待の防止のための措置に関する事項　(10) その他運営に関する重要事項 |
| 18 | □ | □ | 当該申請に係る法第70条第2項（法115条の2第2項）各号に該当しない旨の誓約書（参考様式９－１） | □当該申請に係る法第70条第2項（居宅サービス用）・法115条の2第2項（予防サービス用）各号に該当しない旨の誓約書を添付してください。 |
| **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） | □施設の名称及び所在地□管理者の氏名，生年月日及び住所□主な掲示事項 |
| 20 | □ | □ | 運営規程 | □次の事項について具体的に定めてください。　(1) 事業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) 指定（介護予防）短期入所療養介護の内容及び利用料その他の費用の額　(4) 通常の送迎の実施地域　(5) 施設利用に当たっての留意事項　(6) 非常災害対策　(7) 虐待の防止のための措置に関する事項　(8) その他運営に関する重要事項 |
| 21 | □ | □ | 当該申請に係る法第70条第2項（法115条の2第2項）各号に該当しない旨の誓約書（参考様式９－１） | □当該申請に係る法第70条第2項（居宅サービス用）・法115条の2第2項（予防サービス用）各号に該当しない旨の誓約書を添付してください。但し，当該施設において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においても提出する場合は省略可。 |

※変更届が提出されていない場合は，別に変更届も提出する必要があります。

この申請に係る書類一式について，記載している内容に虚偽等がなく適正であることを証します。

万一，内容に誤りがあった場合は，必要な届出，書類の差替等を速やかに行います。

申請者　法人の主たる事務所の所在地

　　　　　　　（個人にあっては，住所）

法人の名称及び代表者の職氏名

　　（個人にあっては，氏名）