介護予防支援チェック表

番号	必要書類	摘　要	チェック
1	チェック表	事業所において提出書類のチェックを行ってください。	
2	指定申請書 （様式第２号）	備考を参照し、必要事項を記載してください。	
	指定更新申請書 （様式第８号）	備考を参照し、必要事項を記載してください。	
3	指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項 （付表１４）	備考を参照し、必要事項を記載してください。	
4	申請者の登記事項証明書又は条例等	①現在事項全部証明書の原本を添付してください。 ②条例にあっては、公布したものの写しを添付してください。	
5	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 （参考様式１）	①備考を参照し、必要事項を記載してください。 ②「職種」欄には「管理者」、「介護支援専門員」等を記載してください。	
6	事業所に係る組織体制図	同一法人内の事業所間の従業者の勤務状況がわかるように作成してください。	
7	介護支援専門員一覧 （参考様式３）	介護支援専門員有資格者について、介護支援専門員証の写しを添付してください。	
8	事業所の従業者等の資格を有することを証する書類	上記の介護支援専門員有資格者について、介護支援専門員証の写しを添付してください。	
9	事業所の位置図	事業所の位置がわかる書類（住宅地図等で可）を添付してください。	
10	事業所の平面図	事業所の各室の用途を明示した平面図を添付してください。（事務室、相談室等）	
11	建物の所有に関する書類	建物を法人が所有している場合は建物所有誓約書等を、建物を借りている場合は、賃貸借契約書（無償で借りる場合は使用貸借契約書）の写しを添付してください。	
12	事業所の写真	遠景から施設を撮影し、事業所の各室等ごとに撮影してください。 注：写真に番号を付し、写真撮影位置が分かるよう平面図に記入してください（記入例：①→）	

13	運営規程	大分市条例を参照のうえ、作成してください。 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）指定介護予防支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額 ５）通常の事業の実施地域 ６）苦情処理に関する事項 ７）虐待防止に関する事項 ８）その他運営に関する重要事項	
14	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	次の事項等について記載した書類を作成してください。 １）利用者等からの相談又は苦情に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置 ２）円滑かつ迅速に苦情処理を行うための体制・手順 ３）苦情があったサービス事業者に対する対応方針等 ４）その他の参考事項	
15	関係市町村並びに他の保健医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携内容	次の事項等について記載した書類を作成してください。 １）関係市町村との連携の内容 サービス提供前の受給資格の確認等、利用者に関する通知、利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に対する協力体制、事故発生時の対応等 ２）他の保健医療・福祉サービス提供主体との連携内容 他の指定居宅介護支援事業者等との連携、介護予防サービス事業者、介護保険施設との連携、その他地域の保健・福祉関係機関等との連携	
16	介護保険法に伴う誓約書 （参考様式１２）	申請者及び役員・管理者等が誓約内容を確認したうえで、作成してください。	
17	大分市暴力団排除条例に伴う誓約書 （参考様式１６）	申請者及び役員・管理者等が誓約内容を確認したうえで、作成してください。	
18	重要事項説明書	利用申込者又はその家族への説明にあたり、運営規程の概要、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制等を記載した重要事項説明書を作成してください。	
19	業務管理体制に係る届出	必要事項を記載してください。	