

指定更新に係る添付書類一覧・チェック表(書類を添付したら該当欄の印をチェックし、チェックしたこの表もA4に縮小して提出してください。)

| 書類番号 ↓ | 提出すべき書類 | 様式番号 | 居宅介護 | 重度訪問介護 | 同行援護 | 行動援護 | 療養介護 | 生活介護 | 短期入所 | 重度障害者等包括支援 | 共同生活援助 (グループホーム) | 障害者支援施設 | 自立訓練(機能訓練) | 自立訓練(生活訓練) | 就労移行支援 | 就労継続支援 | 就労定着支援 | 指定相談支援 | 自立生活援助 | |
|--|---|--------------|------|--------|------|------|------|--------------------|------|------------|---------------------|---------|------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------|--------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 様式第1号 同別紙 |
| 1 | 指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設、指定相談支援事業所 指定申請書 | 様式第1号 同別紙 | ○ | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2 | 添付すべき付表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 障害福祉サービス事業所に係る多機能型による事業を実施する場合の記載事項(総括表) | | | | | | | △ 付表12 各事業付表 | | | | | | △ 付表12 各事業付表 | △ 付表12 各事業付表 | △ 付表12 各事業付表 | △ 付表12 各事業付表 | △ 付表12 各事業付表 | | |
| 4 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書 | 様式第5号 別紙1 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| その他、算定する加算に応じた様式(様式第5号～24)を添付してください。 ※体制等状況一覧表に加え、指定更新申請時点で算定されている基本報酬及び各加算に係る様式並びに添付資料を全て提出してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(添付)組織体制図<様式任意> | 様式第5号 別紙2 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6 | 履歴(登記)事項全部証明書 ※原本 発行日3か月以内 または条例等 定款(就労継続支援A型のみ) | | △ | | | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 7 | 事業所(建物)の平面図 ※事業所(建物)の外観・内観の写真等を添付すること | 参考様式1 | △ | | | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 8 | 設備・備品等一覧表 | 参考様式2 | | | | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 9 | 建物の構造概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 建物の使用権が分かるもの ※建物の登記簿謄本又は建物賃貸借契約書等の写し | | | | | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| | 2 消防法に適合していることが分かるもの ※地区の消防署にご相談ください。 | | | | | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| | 3 建築基準法に適合していることが分かるもの | | | | | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 10 | 管理者の経歴 | 参考様式3 | △ | | | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 11 | サービス管理責任者の経歴 サービス管理責任者研修修了証写を修了後提出 相談支援従事者研修・講義部分修了証書 | 参考様式3 | | | | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 12 | サービス提供責任者の経歴 | 参考様式3 | △ | | | | | | | △ | | | | | | | | | | |
| 13 | 相談支援専門員の経歴 | 参考様式3 | | | | | | | | | | | | | | | | | △ | |
| 14 | 実務経験証明書 | 参考様式4 | △ | | | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 15 | 実務経験見込証明書 | 参考様式5 | △ | | | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 16 | 資格証等の写(資格が必要な職種) | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 17 | 雇用契約書(労働条件通知書)の写 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 運営規程 | | △ | | | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 19 | 利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 | 参考様式6 | △ | | | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 20 | 収支予算見込書(事業開始1年間の収支) ※就労継続支援A型事業所については事業開始3年間の収支 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | 医療法に規定する医療機関として許可を受けたことがわかる証明書等 | | | | | | △ | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容 | | | | | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 23 | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等(特定する場合のみ) | 参考様式7 | △ | | | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 24 | 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第96条第3項各号の規定に該当しない旨の契約書 | 参考様式8 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 25 | 誓約書(暴力団排除関係) | — | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 26 | 防災計画 | — | | | | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 27 | 社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票 | — | △ | | | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 28 | 就労継続者の状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | ○ 別添1 | |
| 29 | 就労定着者数・就労移行者数確認票 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | 在職証明書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | △ | |
| 31 | 利用者、就労定着支援員の数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

○ … 必ず提出 △ … 変更があれば提出(直近に県へ提出された指定申請書または変更届から変更が無ければ、提出の省略が可能です。)

※書類作成担当者

法人・施設名

氏名

電話番号

FAX番号

E-mail

※このチェック表は、提出書類の添付を確認し、チェックした上で、A4版に縮小して必ず提出してください。

※書類の提出は郵送で差し支えありませんが、チェック表の提出もれがないように留意してください。

※書類提出先 佐賀県障害福祉課(〒840-8570 佐賀市城内1-1-59) TEL 0952-25-7401

FAX0952-25-7302