

指定地域密着型サービス事業者
指定地域密着型介護予防サービス事業者

指定更新の手引き

平成30年10月

天草市健康福祉部

健康福祉政策課

1 事業者指定更新申請の概要

平成18年4月の介護保険法の改正により、事業者の指定は、原則として6年ごとに更新を受けなければ指定の効力を失うことになりました。

2 地域密着型サービス事業所の指定更新手続きについて

(1) 更新申請に必要な書類

指定更新申請は、事業所ごとに行います。

申請に必要な書類は次のとおりです。

- ① 指定地域密着型(介護予防)サービス事業者指定更新申請書(様式第6号)
- ② 付表

提供する地域密着型サービスごとに定める付表の様式

付表2-1	認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項(単独型・併設型)
付表2-2	認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項(共用型)
付表3-1	小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項
付表4	認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定に係る記載事項
付表6	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所の指定に係る記載事項
付表7	地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項

③ その他の添付書類

必ず「指定更新申請に係る添付書類一覧」により必要書類及びその内容を確認してください。また、別途個別に関係書類の提出を求める場合があります。

指定更新申請に係る添付書類一覧

	地域 密着 型通 所介 護	認知 症対 応型 通所 介護	認知 症対 応型 共同 生活 介護	小規 模多 機能 型居 宅介 護	地域密 着型介 護老人 福祉施 設入所 者生活 介護	参考様式 の有無
組織体制図	○	○	○	○	○	有
経歴書（管理者、生活相談員）	○	○	○	○	○	有
従業員の勤務体制及び勤務形態一 覧表	○	○	○	○	○	有
従業員の雇用を示す書類	○	○	○	○	○	有
従業員の資格を有する証明書等の 写し	○	○	○	○	○	
実務経験証明書	○	○				有
従業員の写真	○	○	○	○	○	
介護支援専門員の氏名及びその登 録番号			○	○	○	有
事業所の平面図、写真	○	○	○	○	○	有
消防用設備検査済証の写し	○	○	○	○	○	
運営規程	○	○	○	○	○	
直近1年間の利用実績			○	○	○	
協力医療機関(協力歯科医療機関) との契約の内容			○	○	○	
介護老人福祉施設・介護老人保健 施設・病院等との連携体制及び支 援体制の概要			○	○		
介護給付費算定に係る体制等状況 一覧表	○	○	○	○	○	別紙 1-3
誓約書（参考様式9-1または9 -2）	○	○	○	○	○	参考様式 9-1 または 参考様式 9-2
指定に係る誓約書			○		○	有

3 指定更新申請に係る添付書類の説明

添付書類	説明
組織体制図	申請法人の全実施事業分で名称・住所を記載してください。
経歴書（管理者、生活相談員）	
従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	勤務時間、管理者及び従業者全員の毎日の勤務すべき時間数（4週間分）を記載してください。職種の分類は、各事業の人員基準に規定されている職種を記載し、常勤・非常勤の別、専従・兼務の別も記載してください。提出日の属する月の前月分を提出してください。
従業者の雇用を示す書類	雇用証明書（従業者本人の署名、押印が必要）又は雇用契約書の写し（原本証明必要）。
従業者の資格を有する証明書等の写し	資格が必要な職種の資格者証等の写し。
実務経験証明書	生活相談員で無資格の場合。
従業者の写真	事業所内で撮影したもので、原則として数名ずつの集合写真。証明写真不可。A4版の用紙に貼付し、1名ずつ職・氏名を記載してください。
介護支援専門員の氏名及びその登録番号	当該事業所に勤務する介護支援専門員の氏名、介護支援専門員番号を記載してください。他の事業所との兼務がある場合は、兼務先の事業所名及び事業所番号も記載してください。
事業所の平面図、写真	外観、各部屋のもので、撮影した方向を平面図に記載してください。
消防用設備検査済証の写し	直近の検査済証の写し。
運営規程	
直近1年間の利用実績	
協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容	契約書等の写し（要原本証明）。
介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要	契約書等の写し（要原本証明）。
介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	直近の加算届の写しを添付してください。

誓約書（参考様式9-1または9-2）	申請者の所在地・名称は、法人の所在地、名称、代表者の職、氏名を記載のうえ押印してください。
指定に係る誓約書	代表者の所在地及び氏名を記載のうえ押印して下さい。

※ 書類は、特段の定めのない限り、原則として日本工業規格A4型とします。

4 指定申請書・添付書類の様式について

様式については、天草市ホームページよりダウンロードしてください。

[ホーム](#) > [分類から探す](#) > [健康・福祉・子育て](#) > [福祉・介護](#) > [介護](#)

（問い合わせ） 天草市健康福祉部健康福祉政策課監査指導係まで

TEL 0969-23-1111

FAX 0969-27-0155

e-mail amxkansi@city.amakusa.lg.jp