

介護予防訪問サービス事業者の更新申請に係る添付書類一覧

職 名	担 当 者 名	連 絡 先 電 話 番 号	F A X 番 号

項 番	申 請 者 確 認 欄	受 付 者 確 認 欄	書 類 名	説 明
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1) 更新申請書	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 事業所の名称及び所在地
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2) 指定に係る記載事項	<input type="checkbox"/> 事業所の名称及び所在地 <input type="checkbox"/> 管理者の氏名、生年月日及び住所 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者（訪問事業責任者）の氏名及び住所 <input type="checkbox"/> 従業員の人数 <input type="checkbox"/> 主な掲示事項
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自主点検表兼現地調査確認表	<input type="checkbox"/> 必ず自主点検表により確認を行ってください。
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/> 第一号通所事業を実施する旨の記載のあるもの <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	運営規程	<input type="checkbox"/> 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) 指定第一号訪問事業の内容及び利用料その他の費用の額 (5) 通常の実業の実施地域 (6) 緊急時等における対応方法 (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
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	<input type="checkbox"/> 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、勤務形態、氏名及び職種ごとの勤務時間が確認できる場合は、事業所の勤務表で可） <input type="checkbox"/> 前月分の勤務形態一覧表は、勤務実績について管理者が確認の上、署名してください。
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護保険法第115条の45の5第2項に規定する厚生労働省令で定める基準に従って適正に第一号事業を行うことができないと認められるものに該当しない旨の誓約書	<input type="checkbox"/> 介護保険法第115条の45の5第2項に規定する厚生労働省令で定める基準に従って適正に第一号事業を行うことができないと認められるものに該当しない旨の誓約書を添付してください。

※内容に変更がある場合は、別に変更届も提出する必要があります。

注 用紙の大きさは、原則としてA4判としてください。