|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**＜通所型＞指定申請に係る添付書類一覧　（※この書類も提出してください）**

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる事業所・施設の名称 |  |

**事業所で提供するサービス全てにチェック印を付けてください。**

**□総合事業(予防給付相当サ－ビス） □総合事業(独自基準サービス）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 添　付　書　類 | 申請者  確認欄 | 備　考 |
| １ | **第１号様式（第２条関係）（１）**  介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定・更新申請書 |  |  |
| ２ | **第1号様式（４）**  介護予防・日常生活支援総合事業（通所型）の指定に係る記載事項 |  |  |
| ３ | **第1号様式（６）**  介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書 |  |  |
| ４ | **第1号様式（７）**  介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表 |  |  |
| ５ | 申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等 |  |  |
| ６ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |
| ７ | 就業規則の写し、組織体制図、資格証の写し、雇用契約書の写し又は誓約文 |  |
| ８ | 事業所のサービス提供責任者の経歴に係る書類 |  |
| ９ | 事業所の平面図 |  |
| 10 | 外観及び内部の様子がわかる写真 |  |
| 11 | 運営規程（料金表を含む。） |  |
| 12 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |

備考１「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　２「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、提出書類に漏れがないよう確認してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者連絡先 | |
| 提出いただいた申請書類に記載された内容等について問い合わせをする際の担当者名と連絡先を記入してください。 | |
| 事　業　所　名 |  |
| 担　当　者　名 |  |
| 連　　絡　　先 |  |