

必要書類一覧及び書類作成時の留意事項

① 指定申請に係る必要書類一覧表

まずは、必要書類を一覧表にて、確認してください。書類が整いましたら、**電子申請届出システム**にて申請ください。

また、書類作成の際は、「指定申請書類の様式」、「指定申請書類記載例・作成例」を必ず御参考してください。

※必要書類以外に送付された書類等については、本市側にて廃棄させていただきます。

② チェックリスト

チェックリストにて、書類が整っているか等自己点検をしてください。

③ 療養通所介護の指定申請に係る必要書類について

④ 同一住所で2サービス以上の事業を行う場合

複数サービスを行う場合の留意事項を掲載していますので、御参照ください。

◆申請前には、法令・基準・解釈通知等を必ず御確認ください。(インターネット等で検索できます)

- 介護保険法
- 介護保険法施行令
- 介護保険法施行規則
- ◎居宅サービス
 - ・川崎市指定居宅サービス等の人員、設備及び運営の基準等に関する条例
- ◎介護予防サービス
 - ・川崎市指定介護予防サービス等の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準等に関する条例
- ◎地域密着型サービス
 - ・川崎市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例
- ◎介護予防地域密着型サービス
 - ・川崎市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準等に関する条例

○訪問介護・介護予防訪問介護の基準条例について(下線部分については、各サービスごと)

- ◎居宅介護支援
 - ・指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
 - ・指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について
- ◎その他介護報酬関係の基準・解釈基準など

地域密着型通所介護

① 指定申請に係る必要書類一覧表

No	書類	様式
(1)	介護サービス事業者指定（許可）申請書	第1号様式
2	申請者（開設者）の登記簿の謄本（登記事項証明書）の原本（郵送）	
3	賃貸借契約書の写し又は建物の登記簿の謄本（登記事項証明書）の原本（登記事項証明書の場合郵送）	
4	建築物等に係る関係法令確認書	
(5)	地域密着型通所介護事業者の記入事項（付表26）	第1号様式（付表26）
6	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	指定申請書類様式にある勤務形態一覧表を使用してください。
7	事業所の平面図	指定申請書類様式を参照。（建図面でも可）
8	事業所の写真	
9	運営規程（料金表含む）	
10	利用料金表、食費の積算根拠がわかるもの（食事を提供する事業所のみ）	
11	プログラム	
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	指定申請書類様式を参照。
13	法人代表者等誓約書	指定申請書類様式を参照。
14	車検証の写し、駐車場確保が分かる書類（賃貸借契約書等）	
(15)	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	3. 加算届に掲載されている様式を使用してください。加算を算定しない場合もNo15、16は提出が必要です。
16	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	
17	チェック表及び誓約書等の添付書類【加算を算定する場合のみ】	
18	老人居宅生活支援事業事業開始の届出書、老人福祉施設設置の届出書	様式第一号（一） 様式第一号（二）
19	返信用封筒（郵送） (長形3号に110円切手貼付、A4封筒に320円切手貼付)	
20	運営推進会議の構成員表	
21	新規申請にかかるチェック表及び誓約書	指定申請書類様式にあるチェック表及び誓約書を使用してください

※ 吸収合併（分割）及び新設合併（分割）による事業承継の場合は

No.1,2,15,16,19 及び合併（分割）契約書の写し

※ 再付番（既に指定を受けているが事業所番号のみ変更が必要な場合）の場合は

No.1,3,5,6,7,8,9,15,16,17,18,19,20

※ 指定申請に係る必要書類を確認した上で、上記の一覧表に掲載されていない書類を提出していただく場合があります。

※ No.に（）がついている書類については、電子申請届出システムに入力することで自動出力されます。

② 地域密着型通所介護 申請書類チェックリスト

提出書類		
チェック項目	チェック内容	備考
介護サービス事業者指定（許可）申請書（第1号様式）		
申請欄	<input type="checkbox"/> 申請者の住所、氏名が登記簿謄本と完全に一致している。	
申請者	<input type="checkbox"/> 名称、主たる事務所の所在地が登記簿謄本の商号、本店の住所と完全に一致している。 <input type="checkbox"/> 法人の電話番号、FAX番号を記載している。 <input type="checkbox"/> 法人の種類、法人の所轄庁を記載している。（有限会社、合同会社などの場合は、空欄で可）	※謄本に記載されている住所では郵便物が届かない場合は、アパート名や部屋番号などを記載してください。 ※電話番号、FAX番号の記載間違いに注意してください。
事業所又は施設	<input type="checkbox"/> 所在地は、登記簿や賃貸借契約書の住所と一致している。 <input type="checkbox"/> 電話番号・FAX番号を記載している。 <input type="checkbox"/> 付表や運営規程の事業所名と一致している。	※申請書の事業所名で指定を行うため、スペースの有無等を確認してください。
同一所在地内において行う事業又は施設の種類	<input type="checkbox"/> 申請するサービスの実施事業欄に「○」が記載されている。 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービスを行う場合、実施事業欄に「○」を記載している。 <input type="checkbox"/> 既に同一事業所名、同一所在地で指定を受けている事業がある場合は、実施事業欄に「○」と記載し、指定（許可）年月日欄に指定を受けた日付を記載している。また、介護保険事業所番号欄に既に指定を受けている事業所の事業所番号を記載している。	
申請者（開設者）の登記簿の謄本（登記事項証明書）の原本（郵送）		
	<input type="checkbox"/> 登記簿謄本は発行日から3か月以内の原本である。 <input type="checkbox"/> 法人登記簿謄本の目的欄に申請するサービスが位置付けられている。	
賃貸借契約書の写し又は建物の登記簿の謄本（登記事項証明書）の原本（登記事項証明書の場合郵送）		
	<input type="checkbox"/> 申請する事業所が賃貸の場合は賃貸借契約書、自社所有の場合は建物の登記簿謄本を添付している。 <input type="checkbox"/> 賃貸借契約の場合、契約は申請法人名義で行われている。 <input type="checkbox"/> 建物の使用目的が住宅や居宅となっている場合は、貸し主から事業の用途で使用することについて同意を得ていることが確認できる書類の写しを補足添付している。	
建築物等に係る関係法令確認書		
	<input type="checkbox"/> 建築基準法（川崎市まちづくり局建築審査課）・消防法等について、関係所管に確認した内容や指摘を受けた内容等を記載している。 <input type="checkbox"/> 確認した担当部署、担当者名、連絡先を記載している。 <input type="checkbox"/> 必要手続きや届出を行った場合は、その関連書類（設置届出書や検査済証等）の写しを添付している。	※確認した内容を申請者が記載してください。（相手方に記載を依頼するものではありません）

地域密着型通所介護事業者の記載事項（付表18）		
事業所	<input type="checkbox"/> 申請書に記載した事業所名称、所在地と一致している。 <input type="checkbox"/> 電話番号、FAX番号を記載している。	*電話番号、FAX番号の記載 間違いに注意してください。
申請に係る事業の実施について定めてある定款等の条項	<input type="checkbox"/> 定款等の事業目的欄を確認して条、項及び号を記載している。	
管理者	<input type="checkbox"/> 管理者以外の職務を兼務する場合、兼務する職種を記載している。 <input type="checkbox"/> 同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合、事業所又は施設の名称、兼務する職種及び勤務時間（週あたりの勤務時間）を記載している。	*人員基準を確認してください。
単位①	<p>(単位当たりの従業者)</p> <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表、運営規程の員数と一致している。 <p>(定員)</p> <input type="checkbox"/> 利用定員は運営規程と一致している。 <p>(営業日)</p> <input type="checkbox"/> 正月休みや夏季休業等がある場合、備考欄に記載している。 <p>(営業時間)</p> <input type="checkbox"/> 営業時間は事業所が開いている時間を記載している。 <input type="checkbox"/> 備考欄に「サービス提供時間○：○○～○：○○」を記載している。	*複数単位を設定する場合は、 単位毎に記載してください。
食堂及び機能訓練室の合計床面積	<input type="checkbox"/> 平面図から算出した面積を記載している。 <input type="checkbox"/> 機能訓練等のサービス提供に直接必要なないもの（食器棚、冷蔵庫、押し入れ、床の間、廊下、柱、トイレ等）を面積から除外している。（台所の調理に要する部分については、台所から80センチまで除く。また、複数単位を行う場合等動線を確保する必要がある場合は、その動線部分を除く。）	
主な掲示事項	<p>(利用料)</p> <input type="checkbox"/> 法定代理受領分と法定代理受領分以外の欄に「介護報酬告示上の額」と記載している。 <input type="checkbox"/> その他の費用がある場合、「運営規程のとおり」と記載している。 <p>(通常の事業の実施地域)</p> <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域は運営規程と一致している。	
従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表		
サービス種類	<input type="checkbox"/> 介護予防サービスも併せて行う場合、両サービス名を記載している。	
勤務形態	<input type="checkbox"/> 職種に応じた資格が記載されている。	

第1週～第4週	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数（4週間分）を記載している。 <input type="checkbox"/> 記載された勤務時間が雇用契約書や労働条件通知書に記載された雇用条件（勤務日、勤務時間、勤務場所及び職務内容等）と整合が取れている。 <input type="checkbox"/> 常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務時間は、32時間以上となっている。 <input type="checkbox"/> 曜日を正しく記載している。 <input type="checkbox"/> 付表に記載されている営業日と整合性がとれている。 <input type="checkbox"/> 氏名は雇用契約書や資格証のものと一致している。 <input type="checkbox"/> 同一事業所内の他の職務や同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合、それぞれの職務に係る就業時間を按分して記載している。（ダブルカウントはできません。） <p>(人員配置)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 生活相談員は、サービス提供日、サービス提供時間中、途切れることなく配置している。 <input type="checkbox"/> 生活相談員、介護職員、看護職員のうち1人以上の常勤職員を配置している。 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員が、サービス提供日ごとに配置している。 <input type="checkbox"/> 利用定員が11人以上の場合、看護職員は、サービス提供日ごとに配置している。 <input type="checkbox"/> 利用定員が11人以上の場合、介護職員は、サービス提供日、サービス提供時間中、途切れることなく利用人数に応じた必要数を配置している。 <input type="checkbox"/> 利用定員が10人以下の場合、看護職員又は介護職員をサービス提供日、サービス提供時間中、途切れることなく配置している。 <input type="checkbox"/> 各種加算を算定する場合、加算要件に応じた有資格者や配置時間数を配置している。 	<p>※職員の氏名を記載する際は、「高と高、崎と崎、恵と恵」などに注意してください。</p>
---------	--	--

事業所の平面図

(事務室)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 各室の用途、寸法、縮尺を正確に記載している。 <input type="checkbox"/> 写真を撮った方向を矢印にて記載し、写真と対応した番号を振っている。 <input type="checkbox"/> 事業を行うために必要な広さの専用のスペースが設けられている。 <input type="checkbox"/> 同一敷地内で他のサービス（例えば、居宅介護支援、訪問介護等）を行う場合、事業毎に専用のスペース（専用の机でも可）を設ける必要があるが、図面にどの部屋・机がどの事業のものであるか明記している。 	
(食堂及び機能訓練室)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> それぞれ必要な広さを有するものとし、その合計した面積（有效面積）は、3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上となっている。 <input type="checkbox"/> 内法により実測した寸法、縮尺を正確に記載し、求積の根拠を明示している。 <input type="checkbox"/> テーブル、イス、ソファ等の備品の配置を明示している。 	<p>※記載方法については各サービスの申請書類記載例・作成例を確認してください。</p>

	<input type="checkbox"/> 面積算定の際、利用者が食事や機能訓練に利用することが通常想定されないもの（食器棚、冷蔵庫等）、居住スペースとしての使用が想定されないもの（押し入れ、床の間、廊下、柱等）は面積から除外している。 <input type="checkbox"/> 利用申込みの受付、相談等に対応するのに適当なスペースが確保されている。（相談室が専用の部屋でない場合、パーテーション等で囲われているなど、プライバシーが確保されていること。）
(静養室)	<input type="checkbox"/> ベッドや布団を配置しており、利用者が静養するのに適当なスペースが確保されている。（個室又はカーテンで仕切られているなど、ゆっくり静養できるよう配慮していること。）
(消火設備その他非常災害時に際して必要な設備)	<input type="checkbox"/> 消火器等の消火設備や備品の配置場所を記載している

事業所の写真

	<input type="checkbox"/> 写真是、A4のWord書式に挿入するなどしてまとめ、平面図と対応した番号を振り、どの写真かを横に明記している。（「事務室」など）（※カラープリンターによる印刷も可） <input type="checkbox"/> 写真的サイズはA4の紙に4枚程度入る大きさにしている。 <以下の写真を添付している> <input type="checkbox"/> 建物の外観（全景） <input type="checkbox"/> 事業所の出入り口部分 <input type="checkbox"/> 事務室（机・椅子・鍵付きの書庫等必要な備品を写したもの） <input type="checkbox"/> 相談室（机・椅子等必要な備品を写したもの・プライバシーの確保が図られるよう、個室又はパーテーション等の間仕切りがあることがわかるもの。方向を変えて2枚以上の写真を添付） <input type="checkbox"/> 食堂及び機能訓練室（テーブル・椅子等必要な備品を配置し、部屋全体の様子がわかるように多方向から写したもの） <input type="checkbox"/> 静養室（ベット等必要な備品を写したもの） <input type="checkbox"/> 静養室（ゆっくり静養できるよう、個室又はカーテンで仕切られていることがわかるもの） <input type="checkbox"/> 浴室（入浴加算を届出を行う場合のみ） <input type="checkbox"/> 消火器等の消火設備	<p>※各室の様子が分かるよう必要に応じ、方向を変えて複数枚撮影してください。</p>
--	--	---

運営規程

	<p>(事業の目的及び運営方針) <input type="checkbox"/> 記載している。</p> <p>(事業所の名称及び所在地) <input type="checkbox"/> 記載している。</p> <p>(従業者の職種、員数及び職務内容) <input type="checkbox"/> 職種ごとに常勤、非常勤の別、専従、兼務の別と員数を記載している。（複数単位を設定する場合は、単位毎に記載すること）</p> <p>(営業日及び営業時間) <input type="checkbox"/> 営業日、営業時間、サービス提供時間、サービス提供時間を記載している。</p>
--	--

	<p>(利用定員)</p> <p><input type="checkbox"/>通所介護と介護予防通所介護を一体的におこなう場合、「通所介護と介護予防通所介護をあわせて○人」と記載している。(複数単位を設定する場合は、単位毎に記載すること)</p> <p>(指定地域密着型通所介護の内容及び利用料その他の費用の額)</p> <p><input type="checkbox"/>介護保険利用料以外で徴収するその他の費用(実施地域を越えた場合の交通費・食費・おむつ代等)も記載している。</p> <p>(通常の事業の実施地域)</p> <p><input type="checkbox"/>通常の事業の実施地域が市町村の一部地域とする場合、当該一部地域の具体的な範囲を明示している。 (例:川崎区宮本町)</p> <p>(サービス利用に当たっての留意事項)</p> <p><input type="checkbox"/>記載している。</p> <p>(緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う際の手続き)</p> <p><input type="checkbox"/>記載している。</p> <p>(緊急時における対応方法)</p> <p><input type="checkbox"/>記載している。</p> <p>(非常災害時対策)</p> <p><input type="checkbox"/>記載している。</p> <p>(個人情報の管理)</p> <p><input type="checkbox"/>従業者であった者についても記載している。</p> <p>(苦情への対応方法)</p> <p><input type="checkbox"/>記載している。</p> <p>(事故発生の防止策及び事故発生時の対応方法)</p> <p><input type="checkbox"/>記載している。</p> <p>(虐待の防止のための措置に関する事項)</p> <p><input type="checkbox"/>記載している。</p> <p>(その他運営に関する重要事項)</p> <p><input type="checkbox"/>採用時研修、継続研修の頻度について記載している。</p> <p>(その他)</p> <p><input type="checkbox"/>介護予防通所介護の指定も併せて受ける場合、介護予防通所介護の運営規程も作成している。(ただし、内容が網羅されていれば、地域密着型通所介護と一体的に作成しても構いません。)</p> <p><input type="checkbox"/>附則の施行日は事業開始予定日を記載している。</p>
--	---

利用料金表、食費の積算根拠がわかるもの（食事を提供する事業所のみ）

(料金表)	<input type="checkbox"/> 介護保険利用料以外で徴収する費用も料金表に記載している。 <input type="checkbox"/> 利用者負担額は、料金表作成例にある「*利用者負担額（1割）の算出方法」を参考にして計算している。
(食費の積算根拠がわかるもの)	<input type="checkbox"/> 食費を徴収する場合、材料費、人件費、光熱水費等から算出した食費の積算根拠を料金表とは別に作成している。 <input type="checkbox"/> 外部事業者にて食事を提供する（お弁当等）場合は、見積書等の食費の根拠のわかる書類の写しを添付している。

プログラム

	<input type="checkbox"/> 1日のサービス提供の流れが分かるプログラムを作成している。 <input type="checkbox"/> 機能訓練やレクレーションは具体的な内容を記載している。 <input type="checkbox"/> サービス提供を開始する時刻とサービス提供が終了する時刻を明示している。 <input type="checkbox"/> サービス提供時間中に送迎時間や帰り支度をする時間を含んでいない。	
--	---	--

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

	<input type="checkbox"/> 苦情等に対応する担当者名、職種を記載している。 <input type="checkbox"/> その他参考事項には、苦情が出ないための具体的な方策を記載している。	川崎市苦情窓口 各区役所高齢・障害援課 国保連苦情窓口 045-329-3447 ※作成にあたっては 川崎市ホームページ -新規事業者指定 -申請書類記載例・ 作成例を参照
--	--	--

法人代表者等誓約書

	<input type="checkbox"/> 申請者の住所、氏名は、申請書（第1号様式）の住所、氏名（法人名、代表者名）と一致している。	
--	--	--

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

	<input type="checkbox"/> 申請者の住所、氏名は、申請書（第1号様式）の住所、氏名（法人名、代表者名）と一致している。 <input type="checkbox"/> 提供するサービスの実施事業欄に「○」を記載し、異動年月日欄に事業開始予定年月日を記載している。	※加算を算定しない場合であっても作成してください。
--	--	---------------------------

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

	<input type="checkbox"/> 記載担当者の職名及び氏名、連絡先電話番号を記載している。 <input type="checkbox"/> 提供サービス、施設等の区分、その他該当する体制等、割引、地域区分のそれぞれの欄の該当箇所の番号を「○」で囲んでいる。 <input type="checkbox"/> 加算を算定しない場合は「なし」に○を記載している。	※加算を算定しない場合であっても作成してください。 ※申請するサービスが掲載されているページのみ、お持ちください。
--	--	--

チェック表及び誓約書等の添付書類【加算を算定する場合のみ】

	<input type="checkbox"/> 法人名、法人代表者の職及び氏名を記載している。 <input type="checkbox"/> チェック表項目（算定要件）のチェックを行っている。	※添付書類にもれはないか確認してください。
--	--	-----------------------

老人福祉法関係届出様式

	<input type="checkbox"/> 記載項目が、介護保険事業の申請書と一致している。	
--	---	--

返信用封筒（郵送）

	<input type="checkbox"/> A4封筒に320円分の切手を貼っている。 (※ 同じ事業所番号でサービス追加の場合は180円分の切手) <input type="checkbox"/> 長形3号封筒に110円分の切手を貼っている。 <input type="checkbox"/> 返信先の郵便番号、住所、事業所名を記載している。	※送付先は原則事業所として ください。
--	---	------------------------

運営推進会議の構成員表

	<input type="checkbox"/> バランスよく配分されている。 <input type="checkbox"/> 未定の場合、予定している構成区分が記載されている。	
--	---	--

新規申請にかかるチェック表及び誓約書

	<input type="checkbox"/> 申請者の住所、氏名は、申請書（第1号様式）の住所、氏名（法人名、代表者名）と一致している。 <input type="checkbox"/> チェック項目をすべて満たしている。	
--	--	--

③ 療養通所介護の指定申請に係る必要書類について

療養通所介護の指定申請時には、「①地域密着型通所介護 指定申請に係る必要書類一覧表」に掲げる書類に加えて、次の書類を添付してください。

緊急時対応医療機関との契約書等の写し

- 指定療養通所介護の事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、緊急時対応医療機関を定めておかなければなりません。また、この緊急時対応医療機関は当該指定療養通所介護事業所と同一敷地内に存するか、又は隣接・近接していなければなりません。

安全・サービス提供管理委員会の構成員表

- 指定療養通所介護は医療との密接な連携を必要とすることから、安全・サービス提供管理委員会において地域の医療関係団体に属する者を委員とすることとしています。このほか、地域の保健、医療又は福祉の分野を専門とする者や当該指定療養通所介護の安全かつ適切なサービスの提供を確保するために必要と認められる者で構成されるものとされています。

④ 同一敷地内で2サービス以上の事業を行う場合

1 事業所名称と事業所番号について

「事業所の名称」と指定の際に付番される「事業所番号」はリンクしています。

(1) サービスごとに異なる事業所名称をつけたい場合

〔 例：訪問介護事業…○○ホームヘルパーセンター
居宅介護支援事業…○○ケアセンター 〕

-
- ・事業所番号は別になります。
 - ・申請は、それぞれのサービスごとに行うことになります。
(申請書、定款の写し、登記事項証明書の原本、図面、写真、決算書、保険証書の写し等もそれぞれ用意してください。)

(2) 事業所番号を統一したい場合

-
- ・事業所名称を統一してください。
 - ・申請は、1つにまとめてください。
(申請書、定款の写し、登記事項証明書の原本、図面、写真、決算書、保険証書の写し等は、事業所共通書類として1部あれば、結構です。)

- 事業所番号は、介護報酬の請求を行う場合にも必要となります。請求事務のこととも考えた上で、事業所番号を別にするか同じにするかを事業所で検討してください。
- 名称に特に決まりはありません。事業所でお考えください。
- ただし、既に使用されている名称は、利用者等に混乱が生じやすいので、避けてください（特に同一市区町村内にある場合）。
- 既に名称が使用されているか否かは、かながわ福祉情報コミュニティー（<https://www.rakuraku.or.jp>）の「事業者情報」等で調べてください。

2 事務室の配置について

- 事務室は共通で使用できますが、サービスごとに専用の事務スペースが必要です。机をサービスごとに明確に分けてください。図面に机のレイアウトを記載し、どの机がどのサービス用なのかが分かるように記載してください。

⑤【介護予防通所サービス】：A 6

○指定申請に係る必要書類一覧

No.	申請書及び添付書類	様式等
<u>1</u>	介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業者）指定申請書	第1号様式
<u>2</u>	通所型サービスの記入事項	付表2
<u>3</u>	申請者（開設者）の登記簿の謄本（登記事項証明書）の原本（郵送）	
<u>4</u>	賃貸借契約書の写し又は建物の登記簿の謄本（登記事項証明書）の原本（登記事項証明書の場合郵送）	
5	建築物などに係る関係法令確認書	
<u>6</u>	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式参照
7	事業所の平面図	参考様式参照
8	事業所の写真	
<u>9</u>	運営規程（料金表含む）	
10	食費等実費を徴収する場合の積算根拠	
11	プログラム	
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	参考様式参照
<u>13</u>	法人代表者誓約書	参考様式参照
14	車検証の写し、駐車場確保が分かる書類（賃貸借契約書等）	
<u>15</u>	第1号サービス事業支給費算定に係る体制等に関する届出書	第7号様式
<u>16</u>	第1号サービス事業支給費算定に係る体制等状況一覧表	参考様式参照
<u>17</u>	チェック表及び誓約書の添付書類【加算を算定する場合のみ】	
<u>18</u>	老人居宅生活支援事業事業開始の届出書、老人福祉施設設置の届出書	様式参照
<u>19</u>	返信用封筒（切手を貼付）（郵送）	
<u>20</u>	新規申請にかかるチェック表及び誓約書	指定申請書類 様式にあるチ ェック表及び 誓約書を使用 してください

※介護予防通所サービス追加の場合は

No.1.2.3.6.9.13.15.16.17.19.20をご提出ください。

※吸収合併（分割）及び新設合併（分割）による事業継承の場合は

No.1.3.15.16.19及び合併（分割）契約書をご提出ください。

※再付番の場合（事業所番号のみ変更が必要な場合）は

No.1.2.4.5.6.7.8.9.15.16.17.19をご提出ください。

※指定申請に係る必要書類を確認した上で、一覧表に掲載されていない書類を提出していただく場合があります。

※他のサービスと併せて指定を受ける場合はNo.1.2.13.15.16.17をご提出ください。