**（介護予防）小規模多機能型居宅介護**の新規指定申請を予定されている事業者の方へ

指定申請書類の提出にあたっては次の手続きを完了している必要があります。

□　管理者向け質の向上セミナーの受講※

　□　事業所平面図事前審査

　※過去3年間に受講済みの方が管理者に就任される場合は再度の受講は不要ですが、確認のため、その旨申込書に記載の上で申込書の提出は必要です。

　上記のいずれもの手続きが完了している場合は、次ページの提出書類一覧で必要書類をご確認いただき書類を作成し、また、その写しを保管してください。（**既に小規模多機能型居宅介護の指定を受けている事業所が介護予防小規模多機能型居宅介護を追加する場合、一覧表中☆印のある書類一式を提出してください。**）

書類は期限までに以下の提出先へ郵送またはご持参ください（必着）。ご提出の際には、書類をフラットファイルやクリアファイル等に綴じないでください。

令和５年10月１日より電子申請届出システム（厚生労働省所管）で申請を行うことが可能です。詳細は案内ページ（以下URL）をご確認ください。

https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/denshishinsei.html

※法人の吸収合併又は吸収分割（新設合併や新設分割の際も同様）による新規申請の場合は、一部書類の省略が可能です。詳細は、本市ウェブサイト新規申請のページに掲載しています「事業譲渡及び吸収合併・分割等の取扱いについて」をご確認ください。

【書類提出先】

〒231-0005　横浜市中区本町6丁目50番地の10

横浜市役所　健康福祉局　介護事業指導課　運営支援係　密着班

（介護予防）小規模多機能型居宅介護　新規指定に係る提出書類一覧

（本一覧は提出不要です。）

|  |  |
| --- | --- |
| **事業所名** |  |
| **用意した書類に「✓」を入れ、省略の書類は「省略」と記入してください。↓** |
| **書類名** | チェック |
| **１☆** | ・指定居宅サービス事業者等指定（許可）申請書（第１号様式）　※電子申請システムから提出する場合は作成不要 |  |
| **２☆** | ・付表３　小規模多機能型居宅介護事業者・介護予防小規模多機能型居宅介護事業者の指定に係る記載事項※電子申請システムから提出する場合は作成不要・及び付表３別添　添付書類・チェックリスト |  |
| **３** | ・登記事項証明書の原本（発行から３月以内のもの）※電子申請システムから提出する場合は「登記情報提供サービス」から出力される照会番号付きのPDFファイルを添付するか、別途原本を郵送してください。 |  |
| **４☆** | ・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式１） |  |
|  | ・資格証の写し（看護職員・介護支援専門員） |  |
| **５** | ・管理者の経歴（参考様式２　研修修了証書の写しを添付） |  |
| **６** | ・事業所の平面図　（参考様式３）＊事前に図面確認を受けたものの最終版を提出してください。また平面図に面積の積算過程が記載されていない場合は、面積一覧表も併せてご提出ください。 |  |
| **7☆** | ・運営規程（料金表含む）･･作成例（本市ウェブサイトに掲載）を参照してください。介護事業所が利用者からうけとることが出来る料金は基準等定められています。基準や本市が公開している手引等を確認して料金を設定してください。 |  |
| **8** | ・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５） |  |
| **9** | ・協力医療機関及び協力歯科医療機関との契約の内容 |  |
| **10** | ・介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院との連携体制及び支援体制の概要 |  |
| **11☆** | ・法人代表者等誓約書（参考様式６及び別紙）　□予防なし：別紙１　□予防あり：別紙１及び別紙３　□予防のみ：別紙３＊日付は誓約した日を記入　 |  |
| **12☆** | ・介護支援専門員の氏名及びその登録番号（参考様式７） |  |
| ◇加算届　＊加算を取らない場合は不要→☑入れる⇒□加算は取らない |
| **１☆** | ・介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 |  |
| **２☆** | ・介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 |  |
| **３☆** | ・その他必要書類（必要な場合）【処遇改善加算を算定する場合】横浜市電子申請フォームより申請してください。紙媒体での提出は不要です。 |  |
| ◇指定審議会用資料等 |
| **１** | ・ヒアリングシート※別添の「事業運営実績表」も添付してください。 |  |
| **２** | ・事業所の写真（注意点）※下記に☑してください。□居間・食堂（全体が分かるように撮影）□宿泊室（個室のいずれか１室と、個室以外の宿泊室がある場合はパーテーション等で囲われていることが分かる写真を添付。）□浴室□建物外観（全景、建物入口）（ビルなどの場合はビルの入口とエレベーターホール、事業所の入口の写真も撮影） |  |
| **３** | ・申請手数料（原則として新規指定申請連絡票提出期限後５日以内に申請予定者宛に納付書を送付するので、指定金融機関等で納めてください。納付後に返却される領収書の写しを申請書に添付してください。）金額：小規模多機能型居宅介護　30,000円介護予防小規模多機能型居宅介護　15,000円小規模多機能型居宅介護と介護予防小規模多機能型居宅介護　45,000円 |  |
| ◇老人福祉法に基づく届出 |
| **１☆◇** | ・老人居宅生活支援事業開始届出書（第29号様式の４） |  |

◇その他チェック項目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **１** | 建物について（賃貸の場合）　・使用目的や賃貸借期間は継続的な事業運営に適切なものとなっている　・契約は法人として行っている。 |  |
| **２** | 運営推進会議について・設置見込み時期は、概ね３か月以内を予定している・各分野で１名以上、就任を依頼する団体等を定めている※サービスに知見を有するものとして、同法人の他事業所管理者等は選定できません。（他法人なら可能です）※現在書面開催は認められていません。 |  |