

(別添)

付表1 介護予防訪問事業所の指定(指定更新)に係る記載事項 添付書類

主たる事業所・施設の名称	
--------------	--

番号	添付書類	申請者 確認欄	様式	前回届出から の変更の有無
1	登記事項証明書又は条例等			有・無
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 (組織体制図、資格証・雇用契約書の写し等)		参考様式 1-1	有・無
3	サービス提供責任者の経歴		参考様式 2-4	有・無
4	平面図(事業の専用・共用が分かるように)		参考様式 3	有・無
5	位置図(事業所の場所が確認できる地図等)			有・無
6	運営規程、重要事項説明書	書類省略不可		有・無
7	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	有・無
8	損害保険証書等	書類省略不可		有・無
9	誓約書	書類省略不可	参考様式 6	有・無
10	登記事項証明書(土地及び建物)、公図、賃貸借契約書の写し又はそれに代わるもの			有・無
11	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、状況一覧表及びその添付書類等			有・無
12	社会保険及び労働保険への加入状況に係る確認票		別紙1	新規申請 のみ

備考 該当する添付書類の申請者確認欄に○印を付し、複数事業所等に共通する添付書類については◎印を付してください。

担当者連絡先	
担当者名	
連絡先	(電話番号)

※ 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。