

**総合事業(訪問型サービス)の点検表**

					1	2	3
法人名				点検日	/	/	/
事業所の名称				対応職員			
担当者		電話		相談者名(申請 法人以外ならば その関係)			

※(点検を受ける前に)今後の制度改正の状況に十分注意し、大里広域市町村圏組合より補正依頼があった場合は迅速に対応しますか(はい・いいえ)  
※書類を準備できた場合には、下の表の「確認欄」にチェックしてください

No.	書類	確認欄			チェック内容
		1	2	3	
1	指定申請書				<input type="checkbox"/> 記載誤りや不整合がないことを確認 (名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・登記事項証明書・添付書類など) <input type="checkbox"/> 郵便番号の間違い注意 <input type="checkbox"/> 住所の記載は「〇丁目〇〇番地〇〇」の形式で記載されているか
2	付表1 介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問事業者の指定に係る記載事項				<input type="checkbox"/> 現在事項全部証明書又は履歴事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 目的の中に該当事業の適切な文言はあるか <input type="checkbox"/> 変更なしの場合は提出不要
3	登記事項証明書 (直近3か月以内の原本)				<input type="checkbox"/> 過去5年以内に介護保険法等に関して処分を受けた者はいない(欠格事由該当者はいない)ことを代表者が責任をもって確認した上で誓約されているか
4	誓約書 (参考様式6-4-1)				<input type="checkbox"/> 専ら職務に従事する常勤の管理者 <input type="checkbox"/> 常勤の訪問介護員等で専ら職務に従事する者のうち1人以上のサービス提供責任者(サービス提供責任者の適切な人員配置) <input type="checkbox"/> 訪問介護員等を常勤換算で2.5人以上 <input type="checkbox"/> 利用者の推定数
5	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (参考様式1-3)				<input type="checkbox"/> 訪問介護員
6	資格が必要な職種の資格証明書の写し				<input type="checkbox"/> 記載誤りがないことを確認(名称、所在地、勤務表、営業日、営業時間)※他書類との整合性にも注意 <input type="checkbox"/> 実施地域の特定 <input type="checkbox"/> 実施地域を越えた交通費の有無 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応 <input type="checkbox"/> 守秘義務 <input type="checkbox"/> 変更なしの場合は提出不要
7	運営規程				<input type="checkbox"/> 記録の保存とサービスの向上への活用 <input type="checkbox"/> 担当者名、電話番号、FAX、対応可能日時 <input type="checkbox"/> 行政機関等の相談窓口 <input type="checkbox"/> (埼玉県国民健康保険団体連合会、通常の事業の実施地域内の市町村担当課、大里広域市町村圏組合介護保険課) <input type="checkbox"/> 変更なしの場合は提出不要
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	現在の指定書の写し				

申送事項	
------	--

※点検時には管理者の同席をお願いします。

※申請書の控え(コピー)は必ず事業所で保管して下さい。

注) 次回の点検にもこの用紙を一緒に提出してください。

※申請書の控え(コピー)は必ず事業所で保管してください。