

(表)

介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスA・通所型サービスC
指定更新申請に係る添付書類一覧

主たる事業所の名称	
-----------	--

番号	添付書類	申請する事業の種類			参考様式	更新前届出内容からの変更の有無	
		予防相当	通所型A	通所型C		有	無
1	申請者の定款、寄附行為、条例等及びその登記簿謄本						書類省略不可
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、雇用契約書の写等）				参考様式1	有	無
3	事業所の管理者の経歴書				参考様式2	有	無
4	事業所の平面図				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	備品概要					有	無
7	運営規程（変更有の場合は、新旧対照表を併せて添付）					有	無
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6	有	無
9	当該申請に係る資産の状況（決算書及び損害保険証書）						書類省略不可
10	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行う施設の名称・所在地					有	無
11	介護保険法第115条の45の5第2項及び高松市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第14条各号に該当しないことを誓約する書面				参考様式9-1-⑥		書類省略不可
12	役員の氏名等（管理者、施設長等を含む）				参考様式9-2	有	無
13	賃借契約書（賃借の場合）、建築基準法の規定による検査済証、消防設備等検査済証					有	無
14	その他					有	無

- 備考 1 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。
- 2 次の添付書類には、原本証明をつけてください。
・定款、寄付行為、条例 ・雇用契約書 ・決算書 ・損害保険証書 ・登記事項証明書
・賃借契約書 ・建築検査済証 ・消防検査済証
- 3 次の添付書類は3か月以内に発行されたものを添付してください。
・登記事項証明書

(裏面あり)

(裏)

記入担当者連絡先		
事業所名		
担当者名		
連絡先	電話番号	ファクシミリ番号