

協力医療機関・協力歯科医療機関	・協力医療機関等との協定書等の写し		-	-	○	○	○	○	-	○	-	-
事業所の種別	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携体制及び支援の体制	・介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との契約書の写し		-	-	○	○	-	-	-	○	-	-
(本体施設がある場合)当該本体施設の概要並びに施設と当該本体施設との間の移動経路等	・位置図等	・移動に係る経路、手段及び時間を明記してください。	-	-	-	-	-	○	-	-	-	-
(併設する施設がある場合)併設施設の状況等	・併設する施設の概要の分かるパンフレット等		-	-	-	-	-	○	-	-	-	-
連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地	・左記の変更内容がわかるもの		-	-	-	-	-	-	○	-	-	-
介護支援専門員の氏名及びその登録番号	・資格証(顔写真入り)の写し ・介護支援専門員一覧 ・小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修修了証の写し ・勤務形態一覧表	・研修修了証の写しは(介護予防)小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護のみ添付要。	-	-	○	○	○	○	-	○	-	○
計画作成担当者	・実践者研修修了証又は痴呆介護実務者研修(基礎課程)修了証の写し ・介護支援専門員一覧 ・勤務形態一覧表		-	-	-	○	-	-	-	-	-	-

このほか、必要と判断した書類があれば別途提出を求める可能性がある。