

12.特定福祉用具販売の点検表【介護予防(有・無)】

法人名	
事業所の名称	
連絡先	Tel

二重線枠内は記入の上、お持ちください。	1	2	3
点検日	/	/	/
対応職員			
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、県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)

NO	書類	1	2	3	チェック内容
1	指定申請書(第1号様式)				<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)
2	指定に係る記載事項(付表12)				<input type="checkbox"/> 利用者の推定数 <input type="checkbox"/> 郵便番号の間違い注意
3	商業登記事項証明書(直近3か月以内の原本)				【福祉用具貸与と同時申請の場合には省略可】 <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、介護給付にあつては「特定福祉用具販売事業」・「居宅サービス事業」等、介護予防にあつては「特定介護予防福祉用具販売事業」・「介護予防サービス事業」等の適切な文言があるか <input type="checkbox"/> 介護予防の表記が間に合わない場合→変更後差し替えを条件とする
4	欠格事由に該当していない旨の誓約書(参考様式6)				【福祉用具貸与と同時申請の場合で、管理者が同一の場合には省略可】 <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
5	土地・建物が賃貸にあつてはその契約書の写し				【福祉用具貸与と同時申請の場合には省略可】 <input type="checkbox"/> 法人名義の契約になっているか <input type="checkbox"/> 賃貸目的が居住用ではない(介護事業での使用が認められている) <input type="checkbox"/> 法人所有の場合は所有が分かるもの(登記事項証明書の写し、納税通知書など)
6	平面図(参考様式2)				【福祉用具貸与と同時申請の場合で内容が共通している場合には省略可】 <input type="checkbox"/> 事務室 <input type="checkbox"/> 相談スペース <input type="checkbox"/> 必要な設備・備品(手洗い・トイレ・机・いす・パソコン・鍵付き書庫など) (※部屋等の広さの数値を記入。写真と照らし合わせて確認するので、平面図に撮影した方向を記入。)
7	設備・備品等一覧表(参考様式3)				【福祉用具貸与と同時申請の場合で内容が共通している場合には省略可】 <input type="checkbox"/> 建物外観・玄関・エレベーター(1階以外に事業所がある場合)、事務室、相談スペース、手洗い場、鍵付き書庫など上記設備・備品が分かる写真
8	主要な場所の写真				【福祉用具貸与と同時申請の場合で内容が共通している場合には省略可】 <input type="checkbox"/> 専門相談員 2人(介護福祉士、義肢装具士、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、指定講習会受講者)
9	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)				【福祉用具貸与と同時申請の場合で内容が共通している場合には省略可】 <input type="checkbox"/> 専門相談員 <input type="checkbox"/> 資格証記載の氏名から変更がある場合、変更が確認できる公的な証明書(運転免許証、戸籍抄本等)
10	資格が必要な職種の資格証明書				<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"/> 特別な搬入費 <input type="checkbox"/> 保険給付の対象とならない費用 <input type="checkbox"/> 目録(料金表)の添付 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応 <input type="checkbox"/> 守秘義務
11	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(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)
12	苦情を処理するための措置の概要(参考様式4)				<input type="checkbox"/>
13	契約書・重要事項説明書				<input type="checkbox"/>
14	業務管理体制に係る届出書				<input type="checkbox"/> (すでに他の介護保険事業所を開業済みの法人で、届出事項に変更がない場合は提出不要) ※届出様式は、県ホームページのサイト内検索で『介護サービス 業務管理体制』と検索
15	介護サービス情報公表制度に係る基本情報報告様式(書面調査用)				<input type="checkbox"/> ※報告様式は、県ホームページのサイト内検索で『介護サービス情報の公表』と検索

申込事項	
------	--

※点検時には管理者の同席をお願いします。本人確認を併せて行います。

注) 次回の点検にもこの用紙と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。