

11.福祉用具貸与の点検表【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11)				<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)				<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「福祉用具貸与事業」「居宅サービス事業」等、介護予防にあつては「介護予防福祉用具貸与事業」「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)				<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				<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)				<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) <input type="checkbox"/> 保管設備・消毒機材(保管・消毒を委託する場合は不要) (※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)				
8	主要な場所の写真				<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、保管設備、消毒機材、鍵付き書庫など上記設備・備品が分かる写真
9	福祉用具の保管及び消毒の方法				<input type="checkbox"/> 消毒・保管マニュアル <input type="checkbox"/> 消毒・保管を委託する場合は委託契約書
10	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)				<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)
11	資格が必要な職種の資格証明書				<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)
12	運営規程				<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"/> 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"/> 特別な搬入費 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応 <input type="checkbox"/> 守秘義務 <input type="checkbox"/> 全国平均貸与価格に関する情報提供
13	苦情を処理するための措置の概要(参考様式4)				<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)
14	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(別紙2)				<input type="checkbox"/> 郵便番号、氏名、住所等の記載誤りがないことを確認
15	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1、1-2)				<input type="checkbox"/> 添付書類は県ホームページ「さいたま介護ねっと」の「介護給付費等に係る体制等状況一覧表添付書類等チェックリスト」を参照
16	契約書・重要事項説明書				<input type="checkbox"/> 介護報酬を確認
17	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
18	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。