**質問兼告知書（チェックシート）**

以下の事項について相違ありません。

法人の所在地：

法人の名称：

代表者の職・氏名：

**現在の届出内容を十分確認した上、記入してください。**

１　更新申請を行う事業所と種類

(1)事業所名を記載してください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　(2)更新申請を行う事業について、□にチェックを入れるか、■としてください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 居宅サービス | 介護予防サービス | 記入する様式 |
| □ | 訪問介護 | 1. 付表１関係
 |
| □ | 訪問入浴介護 | □ | 介護予防訪問入浴介護 | 1. 付表２関係
 |
| □ | 訪問看護 | □ | 介護予防訪問看護 | 1. 付表３関係
 |
| □ | 訪問リハビリテーション | □ | 介護予防訪問リハビリテーション | 1. 付表４関係
 |
| □ | 居宅療養管理指導 | □ | 介護予防居宅療養管理指導 | 1. 付表５関係
 |
| □ | 通所介護 | 1. 付表６関係
 |
| □ | 通所リハビリテーション | □ | 介護予防通所リハビリテーション | 1. 付表７関係
 |
| □ | 短期入所生活介護 | □ | 介護予防短期入所生活介護 | ⑧付表８－１、８－２、８－３関係 |
| □ | 短期入所療養介護 | □ | 介護予防短期入所療養介護 | 1. 付表９関係
 |
| □ | 特定施設入居者生活介護 | □ | 介護予防特定施設入居者生活介護 | ⑪付表１０関係 |
| □ | 福祉用具貸与 | □ | 介護予防福祉用具貸与 | ⑫付表１１関係 |
| □ | 特定福祉用具販売 | □ | 特定介護予防福祉用具販売 | 1. 付表１２関係
 |
| □ | 居宅介護支援 | ⑬付表１３関係　 |

２　各事業の指定に係る記載事項（付表関係）

　　更新申請を行う事業について、①～⑬の該当様式各項目の該当する□にチェックを入れるか、■として　ください。

|  |
| --- |
| 「変更有り」の場合は、別途変更届を提出してください。人員基準（※）を満たしていない場合は更新できません。 |

1. 付表１関係　**訪問介護**の事業所のみ記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理者※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | 管理者の変更の有無  | 変更有り□・変更無し□ |
| フリガナ　　 |
| 　　　　　  |
| 従業者 | 西宮市が定める人員基準（※１）を満たしていますか | は　　い□・いいえ□ |
| サービス提供責任者※変更有りの場合は変更後のサービス提供責任者名を記入 | サービス提供責任者の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| フリガナ　 | フリガナ　 |
| ①　　　　 | 1.
 |
| フリガナ | フリガナ　 |
| ③ | ④　　　　 |
| 主な掲示事項のうち営業日、その他年間の休日、営業時間、サービス提供可能な時間、通常の事業実施地域 | 営業日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| その他年間の休日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 営業時間の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| サービス提供可能な時間の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 通常の事業実施地域の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |

②付表２関係　**訪問入浴介護、介護予防訪問入浴介護**の事業所のみ記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理者※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | 管理者の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| フリガナ |
|  |
| 従業者 | 西宮市が定める人員基準（※１）を満たしていますか | は　　い□・いいえ□ |
| 主な掲示事項のうち営業日、その他年間の休日、営業時間、サービス提供可能な時間、通常の事業実施地域 | 営業日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| その他年間の休日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 営業時間の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| サービス提供可能な時間の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 通常の事業実施地域の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |

③付表３関係　**訪問看護、介護予防訪問看護**の事業所のみ記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理者※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | 管理者の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| フリガナ |
|  |
| 従業者 | 西宮市が定める人員基準（※１）を満たしていますか | は　　い□・いいえ□ |
| 主な掲示事項のうち営業日、その他年間の休日、営業時間、サービス提供可能な時間、通常の事業実施地域 | 営業日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| その他年間の休日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 営業時間の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| サービス提供可能な時間の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 通常の事業実施地域の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |

④付表４関係　**訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション**の事業所のみ記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理者※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | 管理者の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| フリガナ |
|  |
| 従業者 | 西宮市が定める人員基準（※１）を満たしていますか | は　　い□・いいえ□ |
| 主な掲示事項のうち営業日、その他年間の休日、営業時間、サービス提供可能な時間、通常の事業実施地域 | 営業日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| その他年間の休日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 営業時間の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| サービス提供可能な時間の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 通常の事業実施地域の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |

⑤付表５関係　**居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導**の事業所のみ記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理者※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | 管理者の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| フリガナ |
|  |
| 従業者 | 西宮市が定める人員基準（※１）を満たしていますか | は　　い□・いいえ□ |
| 主な掲示事項のうち営業日、その他年間の休日、営業時間、サービス提供可能な時間 | 営業日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| その他年間の休日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 営業時間の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| サービス提供可能な時間の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |

⑥付表６関係　**通所介護**の事業所のみ記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理者※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | 管理者の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| フリガナ |
|  |
| 従業者 | 西宮市が定める人員基準（※１）を満たしていますか | は　　い□・いいえ□ |
| 単位別情報のうち利用定員、営業日、その他年間の休日、営業時間、主な掲示事項のうち通常の事業実施地域 | 利用定員の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 営業日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| その他年間休日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 営業時間の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 通常の事業実施地域の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |

⑦付表７関係　**通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション**の事業所のみ記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理者※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | 管理者の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| フリガナ |
|  |
| 従業者 | 西宮市が定める人員基準（※１）を満たしていますか | は　　い□・いいえ□ |
| 単位別情報のうち利用定員、営業日、その他年間の休日、営業時間、主な掲示事項のうち通常の事業実施地域 | 利用定員の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 営業日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| その他年間休日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 営業時間の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 通常の事業実施地域の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |

⑧付表８－１、８－２、８－３関係　**短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護**の事業所のみ記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理者※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | 管理者の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| フリガナ |
|  |
| 従業者 | 西宮市が定める人員基準（※１）を満たしていますか | は　　い□・いいえ□ |
| 利用者の推定数 | 利用者の推定数の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 主な掲示事項のうち通常の送迎の実施地域 | 通常の送迎の実施地域の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |

⑨付表９関係　**短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護**の事業所のみ記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理者※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | 管理者の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| フリガナ |
|  |
| 従業者 | 西宮市が定める人員基準（※１）を満たしていますか | は　　い□・いいえ□ |
| 設備 | 西宮市が定める設備基準（※１）を満たしていますか | は　　い□・いいえ□ |
| 入院患者又は入所者の定員 | 利用者の推定数の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 主な掲示事項のうち通常の送迎の実施地域 | 通常の送迎の実施地域の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |

⑩付表１０関係　**特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護**の事業所のみ記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理者※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | 管理者の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| フリガナ |
|  |
| 従業者 | 西宮市が定める人員基準（※１）を満たしていますか | は　　い□・いいえ□ |
| 利用者の推定数 | 利用者の推定数の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 介護支援専門員 | 介護支援専門員の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |

⑪付表１１関係　**福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与**の事業所のみ記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理者※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | 管理者の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| フリガナ |
|  |
| 従業者 | 西宮市が定める人員基準（※１）を満たしていますか | は　　い□・いいえ□ |
| 主な掲示事項のうち営業日、その他年間の休日、営業時間、取り扱う種目、通常の事業実施地域 | 営業日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| その他年間の休日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 営業時間の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 取り扱う種目の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 通常の事業実施地域の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |

⑫付表１２関係　**特定福祉用具販売、特定介護予防福祉用具販売**の事業所のみ記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理者※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | 管理者の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| フリガナ |
|  |
| 従業者 | 西宮市が定める人員基準（※１）を満たしていますか | は　　い□・いいえ□ |
| 主な掲示事項のうち営業日、その他年間の休日、営業時間、取り扱う種目、通常の事業実施地域 | 営業日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| その他年間の休日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 営業時間の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 取り扱う種目の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 通常の事業実施地域の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |

⑬付表１３関係　**居宅介護支援事業所**のみ記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理者※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | 管理者の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| フリガナ |
|  |
| 従業者 | 西宮市が定める人員基準（※１）を満たしていますか | は　　い□・いいえ□ |
| 主な掲示事項のうち営業日、その他年間の休日、営業時間、取り扱う種目、通常の事業実施地域 | 営業日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| その他年間の休日の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 営業時間の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 通常の事業実施地域の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |
| 介護支援専門員 | 介護支援専門員の変更の有無 | 変更有り□・変更無し□ |

|  |
| --- |
| ※１　西宮市が定める人員基準とは次のことを言います。（居宅サービス）　「西宮市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（平成２４年西宮市条例第１７号）に定める人員基準、設備基準を満たしていることを言います。（介護予防サービス）「西宮市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例」（平成２４年西宮市条例第１６号）に定める人員基準、設備基準を満たしていることを言います。（居宅介護支援事業）「西宮市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例」（平成２７年西宮市条例第６１８号）に定める人員基準を満たしていることを言います。 |