

## 登録特定行為事業者登録申請書 提出書類チェックリスト

|      |  |               |  |
|------|--|---------------|--|
| 法人名  |  | 事業所名          |  |
| 担当者名 |  | 連絡先<br>(電話番号) |  |

必ず下記チェック欄にチェック(☑)の上、このチェックリストを表紙にして申請書類と併せて提出してください。  
(※ カッコ書きのチェック欄は該当する場合のみです。)  
不備が多い場合は補正対応ではなく、申請書類一式を返送させていただく場合がありますのでご注意ください。

|   | チェック欄                        | 提出書類及び留意事項  |
|---|------------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/>     | <b>登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)登録申請書【様式第1】</b>   |
|   | <input type="checkbox"/>     | 法人名、法人所在地、代表者の職名及び代表者氏名は登記事項証明書と記載が一致しているか。<br>※ 例)登記が「三丁目1番2号」となっている場合、「3丁目1-2」などと記載していないか。  |
|   | ( <input type="checkbox"/> ) | 【介護保険サービス事業所の場合】<br>事業所名称及び所在地は、指定申請又は届出時の記載と一致しているか。<br>※ 事業所名称内のスペースの有無、住所の漢数字又はアラビア数字など一致しているか確認してください。  |
|   | <input type="checkbox"/>     | 「実施する行為」欄は、該当する行為毎に「○」を記載しているか。<br>※ その行為を実施できる従事者がいない場合は、登録申請はできません。   |
|   | <input type="checkbox"/>     | 「事業開始予定年月日」欄は、提出月(毎月末日≠[消印有効])の翌々月1日となっているか。<br>(例: 7月31日(消印)までに提出→9月1日登録。8月1日(消印)以降に提出→10月1日登録。)<br>※ 申請書に不備があり補正に時間がかかる場合は、登録月が遅れる場合があります。また、不備が多い場合は補正対応ではなく、申請書類一式を返送させていただく場合がありますのでご注意ください。 |
| 2 | <input type="checkbox"/>     | <b>定款又は寄付行為</b>   |
| 3 | <input type="checkbox"/>     | <b>登記事項証明書(直近3か月以内の原本)</b>  |
| 4 | <input type="checkbox"/>     | <b>介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿【様式1号】</b>  |
|   | <input type="checkbox"/>     | 「登録年月日」は免許証又は認定証の登録年月日と一致しているか。<br>※ 交付年月日又は「研修修了証明書」の番号・修了年月日等を間違えて記載しないようご注意ください。<br>※ 登録特定行為事業者登録の場合、介護福祉士登録証の登録番号等の記載及び登録証の添付は不要です。(認定証又は看護師免許の登録番号等について記載及び認定証等を添付してください。)                   |
| 5 | <input type="checkbox"/>     | <b>様式1号の名簿掲載者に係る認定特定行為業務従事者認定証の写し、又は看護師等の免許証の写し</b>   |
|   | ( <input type="checkbox"/> ) | 【認定証の写しを添付する場合】<br>「認定特定行為業務従事者認定証」の写しは「喀痰吸引等研修修了証明書」と間違えていないか。<br>※ 研修修了のみでは認定特定行為業務に従事することはできません。認定証の交付を受けていない場合は、地域福祉課へ「認定証交付申請書」等を提出して認定証の交付を受けてください。   |
| 6 | <input type="checkbox"/>     | <b>社会福祉士及び介護福祉士法第48条の4各号の規定に該当しない旨の誓約書</b>  |
| 7 | <input type="checkbox"/>     | <b>登録喀痰吸引等事業者の登録基準要件に係る書類【様式3号】</b>   |
|   | <input type="checkbox"/>     | 該当書類名を具体的に記載しているか。<br>また、業務方法書は、どこに規定されているか該当項目及びページ数も記載しているか。  |
| 8 | <input type="checkbox"/>     | <b>登録喀痰吸引等事業者登録基準要件に係るチェックリスト【様式3号(別紙)】</b>   |

|    | チェック欄                        | 提出書類及び留意事項   |
|----|------------------------------|--|
| 9  | <input type="checkbox"/>     | 以下(9～17)、登録基準要件に該当することを証明する書類<br><b>業務方法書</b>  |
|    | ( <input type="checkbox"/> ) | 【県の参考様式を用いる場合】<br>網掛け箇所(黄色部分)について事業所の状況に合わせて適宜修正しているか。<br>(書類名、様式名、書類の保管場所・期間[県条例により最低5年以上]、施行年月日[事業開始予定年月日で整理]など)                         |
| 10 | <input type="checkbox"/>     | <b>医師の指示書様式</b>  |
| 11 | <input type="checkbox"/>     | <b>喀痰吸引等計画書様式</b>  |
| 12 | <input type="checkbox"/>     | <b>喀痰吸引等実施報告書様式</b>  |
| 13 | <input type="checkbox"/>     | <b>備品等一覧表</b>  |
| 14 | <input type="checkbox"/>     | <b>説明書兼同意書</b>   |
| 15 | <input type="checkbox"/>     | <b>連絡体制・連携体制表</b>  |
|    | ( <input type="checkbox"/> ) | 【県の参考様式を用いる場合】<br>現時点で確定している関係機関の名称等を明記しているか。緊急連絡網等を兼ねる場合は、余白等に連絡先・手順を記載しているか。   |
| 16 | <input type="checkbox"/>     | <b>感染症対応マニュアル</b>  |
| 17 | ( <input type="checkbox"/> ) | <b>その他、登録基準要件に該当することを証明する書類</b><br>( <input type="checkbox"/> 安全委員会設置規定、 <input type="checkbox"/> 緊急連絡網、 <input type="checkbox"/> その他 [ ]) |
| 18 | <input type="checkbox"/>     | <b>返信用封筒(定形長3号に住所を記載し、84円切手を貼付)</b>  |