

付表3 訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定に係る記載事項

		受付番号								
事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 - )								
		(ビルの名称等)								
	連絡先	電話番号	FAX番号							
メールアドレス			※必須							
病院、診療所、訪問看護ステーションの別										
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 - )							
	氏名									
	生年月日									
	※職種及び登録番号									
	※当該訪問看護事業所で兼務する職種(兼務の場合のみ記入)									
	同一敷地内の他の事業所又は施設内の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	事業所等の名称								
		兼務する職種及び勤務時間帯								
従業者の職種・員数		看護師		保健師		准看護師		理学・作業療法士、言語聴覚士		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)								
		非常勤(人)								
		※常勤換算後の人数(人)								
		※基準上の必要な人数(人)								
		適合の可否								
主な揭示事項	営業日									
	営業時間									
	利用料	法定代理受領分								
		法定代理受領分以外								
	その他の費用									
通常の事業の実施地域										
別添付書	別添のとおり									

【記載上の注意】

- 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「適合の可否」欄には記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 ※欄は、訪問看護ステーションの場合のみ記載してください。
- 4 「常勤換算後の人数」は小数点第2位以下を切り捨てた値です。
- 5 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所が行うものについては、介護保険法第71条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
- 6 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別葉(付表3-2)にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 7 今後、介護保険に関する本市からのお知らせ通知については、電子メールのみにすることを想定しているため、「メールアドレス」は必ず記載してください。