

付表4 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、介護老人保健施設の別				
管理者	フリガナ			(郵便番号 —)
	氏 名	住 所		
	生年月日			
	訪問介護員等との兼務の有無	(有・無)	(職種)	
	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		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
常 勤(人)				
非 常 勤(人)				
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				
添 付 書 類	別添のとおり			

【記載上の注意】

- 1 「受付番号」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業に記載した書類を添付してください。
- 3 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。
- 4 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。