

付表5 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導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、薬局、訪問看護ステーションの別									
管理者	フリガナ				(郵便番号 -)				
	氏名				住所				
	生年月日								
従業者の職種・員数		医師	歯科医師	薬剤師	歯科衛生士	管理栄養士	看護職員		
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若しくは保険薬局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 「歯科衛生士」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。
- 5 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。