

付表7 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	
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)			
	氏名						
	生年月日						
	管理者代行者が選任されている場合 (資格等については1つに○)			フリガナ			
				氏名			
資格等	医師		専従の看護師				
	作業療法士		理学療法士				
事業所の種別 (いずれか1つに○)		病院		介護老人保健施設		介護医療院	
		基準第111条 第1項診療所		基準第111条 第2項診療所			
医師数	常勤		人	一日当たりの総利用者数		人	
	非常勤		人				
従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		看護職員	
	常勤(人)						
	非常勤(人)						
	適合の可否						
専用の部屋等の面積				基準上必要な面積		適合の可否	
			m ²	m ² 以上			
主な 揭示 事項	営業日	単位ごとの営業日					
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	①単位目	②単位目	③単位目			
		(: ~ :)	(: ~ :)	(: ~ :)			
	利用定員	人 (単位ごと ① 人、② 人、③ 人)					
	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」、「基準上の必要な面積」、「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 従業者の員数については、総数を記載してください。
- 4 老人保健施設が行うものについては、介護保険法第72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。
- 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。