

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者の指定更新に係る記載事項

※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		
	Email						
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	医師			作業療法士		
理学療法士				専従の看護師			氏名
言語聴覚士							
事業所の種別 (1つに○)	病院	基準第 111 条第 1 項診療所			同条第 2 項診療所		
	介護老人保健施設				介護医療院		
実施単位数	単位		一日あたりの総利用者推定数		人		
単位別従業者の職種・員数 (人)				員 数		※基準上必要人数(人)	※適合の可否
				常勤	非常勤		
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	①当該単位につき毎日従事する者						
	②週 1 日以上従事する上記以外の者						
看護職員	③経験看護師						
	④③上記以外の看護職員						
⑤介護職員							
⑥医 師							
専用の部屋等の面積		m ²		※基準上の必要数値		※適合の可否	
				m ² 以上			
主な 掲 示 事 項	営業日						
	営業時間 (単位ごとのサービス提供時間 (送迎時間を除く))	(① : ~ : ② : ~ :)					
	利用定員	人 (単位ごとの定員① 人、② 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						
通常の事業実施地域							
添付書類	別添のとおり						

備考1 ※印の欄は、記入しないでください。

備考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様に記載した書類を添付してください。

備考3 複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る単位別従業者の職種・員数等については、別様に記載し添付してください。

備考4 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第 71 条第 1 項及び第 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。

記入例

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者の指定更新に係る記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ	マルマルリハビリテーションセンター					
	名称	〇〇リハビリテーションセンター					
	所在地	(郵便番号760-0011) 香川県高松市番町4丁目1番10号 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
	Email	〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇.jp					
管理者	フリガナ	カガワ タロウ		住所	(郵便番号760-8582)		
	氏名	香川 太郎			香川県高松市天神前6-1		
	生年月日						
	管理者代行者が選任されている場合	医師		作業療法士		フリガナ	カイゴタロウ
	理学療法士	○	専従の看護師		氏名	介護 太郎	
	言語聴覚士						
事業所の種別 (1つに○)	病院		基準第111条第1項診療所	○	同条第2項診療所		
	介護老人保健施設				介護医療院		
実施単位数	単位	一日あたりの総利用者推定数		20人			
単位別従業者の職種・員数 (人)		員数		※基準上必要人数(人)	※適合の可否		
		常勤	非常勤				
理学療法士	①当該単位につき毎日従事する者	1					
作業療法士	②週1日以上従事する上記以外の者						
言語聴覚士							
看護職員	③経験看護師						
	④③上記以外の看護職員	1					
⑤介護職員		1					
⑥医師		1					
専用の部屋等の面積	78㎡			※基準上の必要数値	※適合の可否		
				㎡以上			
主な揭示事項	営業日	月曜日 ~ 金曜日(但し、祝祭日及び12/26~1/5を除く)					
	営業時間(単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く))	8:30 ~ 17:30 (① 10:30 ~ 16:00 ② : ~ :)					
	利用定員	20人(単位ごとの定員① 20人、② 人)					
	利用料	法定代理受領分 介護報酬告示上の額に介護保険負担割合証に定める割合を乗じた額					
		法定代理受領分以外 介護報酬告示上の額					
	その他の費用	地域外交通費、食材料費、オムツ代					
通常の事業実施地域	高松市						
添付書類	別添のとおり						

別添

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

指定（許可）更新申請に係る添付書類一覧

※受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添付書類 (更新前の届出内容からの変更がない場合は、 「書類省略不可」以外のものは添付不要)	申請する事業・施設の種類			参考様式	更新前届出内容からの変更の有無	
		通所リハ	介護予防			有	無
1	法人登記事項証明書又は条例等（法人以外の者が開設する病院・診療所を除く）					有	無
2	病院・診療所の使用許可証等の写					有	無
3	介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写					有	無
4	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表 (組織体制図、資格証、雇用契約書の写等)				参考様式 1	有	無
5	経験看護師等の経歴書（必要なときのみ）				参考様式 2	有	無
6	事業所の平面図、位置図、 必要に応じて外観及び内部の様子がわかる写真				参考様式 3	有	無
	設備及び備品の概要				参考様式 5	有	無
7	運営規程（変更有の場合は、新旧対照表を併せて添付）				参考例 (予防)	有	無
8	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要				参考様式 6	有	無
9	介護保険法第 70 条第 2 項各号（又は法第 115 条の 2 第 2 項各号。）に該当しないことを誓約する書面				参考様式 9-1-①		書類省略不可
10	土地・建物の登記事項証明書（土地・建物を所有している場合のみ添付）					有	無
	賃貸借契約書の写し（土地・建物を賃借している場合のみ添付）					有	無
	建築基準法の規定による検査済証、消防設備等検査済証					有	無

- 備考
- ※印の欄は、記入しないでください。
 - 参考様式、参考例を掲示しているので、適宜修正のうえ使用してください。
 - 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。
 - 「病院・診療所の使用許可証等の写」は、病院・診療所において行う場合添付してください。
 - 「介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写」は、介護老人保健施設又は介護医療院において行う場合添付してください。

記入担当者連絡先		
事業所名		
担当者名		
連絡先	電話番号	FAX番号