**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（病院・診療所）**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  事　業　所 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　） |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 | 第　　　条第　　　項第　　　号 |
| 　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 |  | 代行者名 | フリガナ |  |
| 理学療法士 |  | 専従の看護師 |  | 氏名 |  |
| 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 |  |
| 医師数 | 常　勤 | 人 | 一日当たりの総利用予定数 | 人 |
| 非常勤 | 人 |
| 従業者の職種・員数 | 理学療法士 | 作業療法士 | 言語聴覚士 | 看護職員 | 介護職員 |
|  | 常　勤（人） |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数（人） |  |  |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |  |  |
|  | 専用の部屋等の面積 | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
|  | ㎡ | ㎡以上 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 単位ごとの営業日 |
| 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　：　～　：　③　：　～　：　） |
| 利用定員 | 　　　　　　人（単位ごとの定員①　　　人　②　　　人　③　　　人） |
| 利用料 | 法定代理受領分（一割、二割又は三割負担分） |  |
| 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 |

＜記載上の注意事項＞

1　「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

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様に記載した書類を添付してください。

3　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

1. 従業者の員数については、総数を記載してください。
2. 介護老人保健施設が行うものについては、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。