

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

事業所	フリガナ												
	名称												
	所在地	(郵便番号 -)		都道		市区		府県		町村			
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号						
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)								
	氏名												
	生年月日												
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										
○人員に関する基準の確認に必要な事項													
従業者の職種・員数		医師											
		専従 兼務											
常勤(人)													
非常勤(人)													
○設備に関する基準の確認に必要な事項													
専用の部屋等の面積				m ²		利用定員(同時利用)				人			
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項												
	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	
				専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務	
	常勤(人)												
	非常勤(人)												
	○設備に関する基準の確認に必要な事項												
	営業日(該当に○)			日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
				その他(年末年始休日等)									
	営業時間			:		~		:					
	曜日ごとに異なる場合記入	平日		:		~		:					
土曜日		:		~		:							
日曜日・祝日		:		~		:							
サービス提供時間			:		~		:						
利用定員			人										
サービス提供単位2	○人員に関する基準の確認に必要な事項												
	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	
				専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務	
	常勤(人)												
	非常勤(人)												
	○設備に関する基準の確認に必要な事項												
	営業日(該当に○)			日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
				その他(年末年始休日等)									
	営業時間			:		~		:					
	曜日ごとに異なる場合記入	平日		:		~		:					
土曜日		:		~		:							
日曜日・祝日		:		~		:							
サービス提供時間			:		~		:						
利用定員			人										
添付書類		別添のとおり											

備考 1 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。
 2 従業者の員数については、総数を記載してください。
 3 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場合は、本申請の必要はありません。
 4 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(別添)

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 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	病院・診療所の使用許可証等の写		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
3	介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写			<input type="checkbox"/> 添付省略	
4	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	設備・備品等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
9	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

※3 2「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。

※4 3「介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写」は、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。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電 話	
メールアドレス	

(参考)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記入欄不足時の資料

■サービス提供単位3以降

サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	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	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		:		~		:					
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:					
土曜日		:		~		:						
日曜日・祝日		:		~		:						
サービス提供時間		:		~		:						
利用定員		人										
サービス提供単位4	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	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	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		:		~		:					
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:					
土曜日		:		~		:						
日曜日・祝日		:		~		:						
サービス提供時間		:		~		:						
利用定員		人										
サービス提供単位5	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	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	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		:		~		:					
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:					
土曜日		:		~		:						
日曜日・祝日		:		~		:						
サービス提供時間		:		~		:						
利用定員		人										