**付表4　訪問リハビリテーション・介護予防訪問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　　　　－　　　　）  尼崎市 | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | FAX番号 | |  | |
| E-mail | | |  | | | | | | | |
| 事業所種別 | | | □病院　　　□診療所　　　□介護老人保険施設　　　□介護医療院 | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | 住所 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | |
| 氏　名 |  | | | | |
| 生年月日 |  | | | | |
| **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 | | 医師 |
|  | 常勤（人） | | |  | |  | | | |  | |  |
| 非常勤（人） | | |  | |  | | | |  | |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | |  | | | | | | | | |
| 営業時間 | | |  | | | | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分 介護報酬の告示上の額 | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 介護報酬の告示上の額 | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | 運営規程のとおり | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | |  | | | | | | | | |
| 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　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が行うものについては、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。