**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　　　　－　　　　）  尼崎市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | |
| E-mail | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | 介護老人保険施設 | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | 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・人数 | | 理学療法士 | | | | | 作業療法士 | | | | | 言語聴覚士 | | | | 看護職員 | | | | 介護職員 | | 医　師 | | |
|  | 専従 | | 兼務 | | | 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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 専用の部屋等の面積 | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 主な掲示事項 | | 営業日 | | | | 曜日～　　曜日  単位ごとの営業日  （①　曜日～　曜日、②　曜日～　曜日、③　曜日～　曜日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | 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 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**付表7（別紙）　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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 従業者の職種・員数 | 理学療法士 | | 作業療法士 | | 看護職員 | | 介護職員 | | 医師 | |
|  | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| ①単位 | 常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 単位ごとの営業日 |  | | | | | | | | | |
| 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く） | ：　～　： | | | | | | | | | |
| 単位ごとの利用定員 | 人 | | | | | | | | | |
|  | 従業者の職種・員数 | 理学療法士 | | 作業療法士 | | 看護職員 | | 介護職員 | | 医師 | |
|  | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| ②単位 | 常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 単位ごとの営業日 |  | | | | | | | | | |
| 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く） | ：　～　： | | | | | | | | | |
| 単位ごとの利用定員 | 人 | | | | | | | | | |
|  | 従業者の職種・員数 | 理学療法士 | | 作業療法士 | | 看護職員 | | 介護職員 | | 医師 | |
|  | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| ③単位 | 常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 単位ごとの営業日 |  | | | | | | | | | |
| 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く） | ：　～　： | | | | | | | | | |
| 単位ごとの利用定員 | 人 | | | | | | | | | |

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、介護老人保健施設及び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。