付表４

（表）

|  |
| --- |
| 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者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　　―　　　) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等の条文 | 第　　　条第　　　項第　　　号 |
| 病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院の別(該当に○) | 病院 | 　 | 診療所 | 　 | 介護老人保健施設 | 　 | 介護医療院 |  |
| 管理者 | フリガナ | 　 | 住所・連絡先 | (郵便番号　　―　　　) |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 利用者の推定数 | 人 | （前年度の平均値、新規の場合は予測される数を記入） |
| 従業者 | 　 | 医　　　師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 言語聴覚士 |
| 専　従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専　従 | 兼　務 |
| 常　勤(人) | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |
| 非常勤(人) | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 営業時間 | 平日 | ～ | 土曜 | ～ | 日・祝 | ～ |
| 備考 |
| 利用料 | 法定代理受領分　　　　介護報酬告示上の額 |
| 法定代理受領分以外　　介護報酬告示上の額 |
| その他の費用 | 運営規程に定めるとおり |
| 通常の事業実施地域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 備考 | 　 |
| 　備考　記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。（裏面に続く。） |