付表７

（表）

|  |
| --- |
| 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 |
| 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 | 　 |
| 管理者代行者が選任されている場合 | 医師 | 　 | 作業療法士 |  | 専従の看護師 | 　　 | 代行者名 | フリガナ | 　 |
| 理学療法士 | 　 | 言語聴覚士 |  | 氏名 | 　 |
| 事業所の種別(該当に○) | 病院 | 　 | 診療所(利用者の数が10人を超える場合) | 　 |
| 診療所(利用者の数が10人以下の場合) |  | 介護老人保健施設 | 　 | 介護医療院 | 　 |
| 上記事業所の種別が介護老人保健施設又は介護医療院の場合 | 入所者数(定員) | 人 | 施設開設年月日 | 年　　月　　日 |
| 実施単位数 | 単位 | 　 |
| 医師数 | 常勤 | 人 | 一日当たりの総利用者数(定員合計) | 人 | 専用の部屋等の面積(合計) | m2 |
| 非常勤 | 人 |
| 単位別情報(１単位目) | ※２単位目以降は、別紙に記載し、添付すること。 |
| 従業者 | 　 | 常勤(人) | 非常勤(人) | 常勤換算後の人数(人) |
| 理学療法士作業療法士言語聴覚士 | ①当該単位につき毎日従事する者 | 　 | 　 | 　 |
| ②①以外の者 | 　 | 　 | 　 |
| 看護師准看護師 | ③経験を有する看護師 | 　 | 　 | 　 |
| ④③以外の看護師又は准看護師 | 　 | 　 | 　 |
| 介護職員 | 　 | 　 | 　 |
| 栄養職員 | 　 | 　 | 　 |
| 歯科職員 | 　 | 　 | 　 |
| 利用定員 | 人 | 専用の部屋等の面積 | m2 | 　 |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 送迎を除くサービス提供時間 | 平日 | ～ | 土曜 | ～ | 日・祝 | ～ |
| 備考 |
| 主な掲示事項 | 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　１　２単位以上実施する場合は、別紙に記載し、添付すること。　　　　２　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。） |