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

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　）  　　　　　県　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電 話 番 号 | | | | |  | | | | ＦＡＸ番号 | |  | | |
| メールアドレス | | | | |  | | | | | | | | |
| 病院、診療所の別 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | | | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | 医　師 | | 理学療法士 | | | | 作業療法士 | | 言語聴覚士 |  |
|  | 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 | | | | | |  | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | |  | | | | |
| その他の費用 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | |

備考 1　｢受付番号｣欄は、記載しないでください。

　　 2 ｢主な掲示事項｣欄については、この欄の記載に代えて、別に資料を添付して差し支えありません。

　 3 記載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。

4 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院及び診療所が行うものについては、介護保険法第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。