

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						電話番号			FAX番号					
	生年月日														
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)													
従業員		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)															
主な揭示事項	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。)

(裏)

(表面から続く。)

添付書類

- 1 申請者の登記事項証明書又は条例等の写し（法人の場合に限る。）
- 2 事業所の平面図
- 3 運営規程
- 4 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
- 5 病院の場合にあつては使用許可証、診療所の場合にあつては使用許可証又は開設届書等の写し、介護老人保健施設又は介護医療院の場合にあつては開設許可証の写し
- 6 介護保険法第70条第2項各号又は第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書類
- 7 その他指定に関し知事が必要と認める事項を記載した書類