

付表第一号(四) 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等に係る記載事項

事業所	法人番号							
	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)		都道 府県	市区 町村			
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号		
	Email							
事業所種別		<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院						
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏名							
	生年月日							
利用者の推定数		人						
○人員に関する基準の確認に必要な事項								
従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		医師	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)							
	非常勤(人)							
添付書類		別添のとおり						

(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を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)		都道 府県	市区 町村			
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号		
		Email						

- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所が行うものについては、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。

(別添)

付表第一号(四) 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 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	標準様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	病院・診療所の使用許可証等の写		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	平面図	標準様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	標準様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	誓約書	標準様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

※3 2「病院・診療所の使用許可証等の写」は、病院・診療所において行う場合添付してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電話	
メールアドレス	

(参考) 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等に係る記載事項記入欄不足時の資料

(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を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村		
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号
	Email			