

訪問看護・介護予防訪問看護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	(〒 -) 広島県 福山市											
	連絡先	電話番号				FAX番号					E-mailアドレス		
病院、診療所、訪問看護ステーションの別													
管理者	フリガナ												
	名前												
	生年月日												
	◇職種						◇登録番号						
	◇当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)												
	◇兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)			事業所等名称			兼務する職種及び勤務時間等						
従業者の職種・員数			看護師		保健師		准看護師		理学・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)													
常勤換算後の人数(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	~		日曜・祝日	~				
	利用料	法定代理受領分					介護報酬告示上の額の1割、2割又は3割(負担割合証の割合に準ずる)						
		法定代理受領分以外					介護報酬告示上の額						
	その他の費用												
	通常の事業実施地域	①	②		③			④		⑤			
備考													
添付書類 別添のとおり													

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別様に記載した書類を添付すること。

2 ◇印の欄は、訪問看護ステーションの場合のみ記入すること。

なお、介護保険法(以下「法」という。)第71条第1項の規定(第115条の11による準用を含む)により別段の申出をした者が、新たに訪問看護事業を行うために指定の申請をする場合は、本様式に準じるものとする。

3 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、法第71条第1項の規定(第115条の11による準用を含む)により、指定があったものとみなされるので、本申請の必要はない。

4 事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するときは、その事務所の名称及び所在地について、付表3-2に記載した書類を添付すること。

5 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。