

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, 介護老人保健施設, 介護医療院の別																
管理者	フリガナ						住所	(〒 - )								
	名前															
	生年月日															
従業者の職種・員数	理学療法士		専従		兼務		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	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	~						
		備考														
	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 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(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。
- 3 「主な掲示事項」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。