

付表5

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導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, 診療所又は薬局の別												
提供する居宅療養管理指導の種類												
管理者	フリガナ					住所	(〒 -)					
	名前											
	生年月日											
従業者の職種・員数		医師	歯科医師	薬剤師	管理栄養士	歯科衛生士等						
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 「歯科衛生士」には、歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師、准看護師を含む。
 - 4 「看護職員」には、歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師、准看護師を除いた保健師、看護師、准看護師をいう。
 - 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。