

付表 7

通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業者の指定に係る記載事項（病院・診療所）

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						
管理者	フリガナ						住所	(〒 -)						
	名前						住所							
	生年月日													
	管理者代行者が選任されている場合	医師			作業療法士			代行者名	フリガナ					
	理学療法士			専従の看護師				名前						
事業所の種別 (1つに○)	病院・診療所					基準第111条第2項診療所								
	介護老人保健施設					介護医療院								
実施単位数	単位													
医師数	専従	人					一日当たりの 総利用者推定数						人	
	兼務	人												
従業者の職種・員数 (単位別)	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員				介護職員			
							経験看護師		左記以外の 看護師					
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤(人)														
非常勤(人)														
専用の部屋等の面積		m ²												
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	～		
	サービス提供時間	平日			～			土曜		～	日曜・祝日	～		
	利用定員	人												
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 介護老人保健施設及び介護医療院が行うものについては、法第72条第1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 複数の単位を実施する場合にあつては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、付表7（別紙）に記載し添付すること。
 4 「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。