

地域リハビリテーション広域支援センター指定申請書

令和 年 月 日

宮崎県知事 殿

所在地
申請者 医療機関名
代表者職氏名

地域リハビリテーション広域支援センター（ 圏域）として指定を受けたいので、
下記の書類（別添様式）を添付して申請します。

記

別紙様式

- 1 医療機関の概要（様式 2）
- 2 リハビリテーション部門の概要（様式 3）
- 3 地域リハビリテーション広域支援センターの運営体制（様式 4）
- 4 見積書（任意様式）
- 5 医療機関のパンフレット
- 6 納税証明書

担当者職・氏名

連絡先

医療機関の概要

1 医療機関名

2 開設者名

3 診療科目名

4 認可病床数

5 職員数（職種毎）

職 種	医師	看護師	放射線技師	検査技師	理学療法士
人 数					
職 種	作業療法士	言語聴覚士	医療ソーシャルワーカー	事務	その他
人 数					

6 リハビリ関係施設基準に係る届出状況

施設基準	届出受理年月日
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	年 月 日
運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	年 月 日

7 併設施設

8 連絡担当者（電話番号）

9 その他参考となる事項

リハビリテーション部門の概要

1 リハビリテーション部門の概要

職種		リハビリ専門医	認定臨床医	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
人数	常勤					
	非常勤					
職種		医療ソーシャルワーカー	看護師	その他		合計
人数	常勤			()		
	非常勤			()		

(注) 1 申請書提出日の属する月の初日現在の人数を記入すること。

2 「その他」については、() に具体職種を記入すること。

2 指導的役割を担うリハビリ専門職員の活動状況について

[illegible]

地域リハビリテーション広域支援センターの運営体制

センターとして取り組む内容について、該当する記号を○で囲んでください（複数可）。

また、選択肢以外の方針や、具体的な独自の取り組みについては、各項目の「具体的な実施内容・方針」欄に詳しく記載してください。

1 リハビリテーション関係者等への相談対応について

	項目	選択肢
(1)	地域住民の相談への対応に係る支援	ア 相談窓口の設置と専門職による対応 イ 適切な社会資源やサービスへの橋渡し ウ 住民向け講座等に合わせた相談機会の創出 エ リハビリテーションや介護予防に関する普及啓発 オ その他（ ）
(2)	福祉用具、住宅改修等の相談への対応に係る支援	ア 福祉用具の選定や活用に関する専門的助言の実施 イ 関係機関等への最新情報や活用事例の提供 ウ 福祉用具や住宅改修に関する研修会等の実施 エ 現場への同行訪問による助言 オ その他（ ）
(3)	地域包括支援センター等への支援	ア 地域ケア会議等への専門職派遣・参画 イ 個別事例に対する支援 ウ ケアマネジメントの質の向上に向けた支援 エ 地域包括支援センター職員向けの研修会 オ その他（ ）
(1)～(3)に関する具体的な実施内容・方針について、記載してください。		