

付表7 通所リハビリテーション事業者(介護予防通所リハビリテーション事業者)の記入事項

受付番号 ※

事業所	フリガナ 名称											
	所在地	(郵便番号 ー ) 都 道 郡 市 府 県 区										
		(ビルの名称等)										
	直通連絡先	直通電話番号					FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第	条第	項第	号				
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 ー )						
	氏名											
	生年月日											
	管理者代行者が選任 されている場合	医師	理学療法士	作業療法士	専従の看護師	代行者名	フリガナ 氏名					
事業所の種別(1つに○)	病院	診療所(1)	診療所(2)	老健								
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										
単位別従業者					員数	基準上必要 人数(人)	適合 可否					
					常勤	非常勤						
	理学療法士						※	※				
	作業療法士											
	言語聴覚士											
	看護職員		③経験看護師				※	※				
		④上記③以外の看護職員				※	※					
介護職員							※	※				
専用の部屋等の面積					m <sup>2</sup> ※		基準上の必要数値	適合の可否				
							m <sup>2</sup> 以上	※				
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											
	利用定員	人										
	利用料	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
	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 ※印の欄には、記入しないでください。
- 2 申請に係る事業所内で複数の単位を実施する場合は、2単位目以降に係る単位当たりの従業者、定員、営業日及び営業時間は別紙に記入し、添付してください。
- 3 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記入を省略することができます。
- 4 「事業所の種別」の診療所(1)と診療所(2)の違いは次のとおりです。  
 診療所(1): サービスの提供が同時に11人以上、20人以下の利用者に対して一体的に行われるもの  
 診療所(2): サービスの提供が同時に10人以下の利用者に対して一体的に行われるもの
- 5 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してください。