

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 - ) 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					
	電子メール											
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 - )					
	氏名											
	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			氏名					
事業所の種別(1つに○)	病院			診療所(1)			診療所(2)			実 施 単 位 数	単 位	
	老健			介護医療院								
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						基準上の必要数値		適合の可否				
						m <sup>2</sup> ※	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(サービス提供時間等)										
	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				
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。

## 添付書類

- 1 申請者（開設者）の登記事項証明書又は条例等（法人以外の者が開設する病院・診療所を除きます。）
- 2 病院の使用許可証、診療所の使用許可証又は届書等の写し（病院又は診療所の場合）
- 3 介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写し（介護老人保健施設又は介護医療院の場合）
- 4 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式 1）
- 5 事業所（施設）の経験看護師経歴書（診療所であって経験看護師を配置する場合）（参考様式 2）
- 6 事業所（施設）の平面図（備品概要を含みます。）（参考様式 3）
- 7 運営規程
- 8 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（参考様式 6）
- 9 損害賠償発生時に対応しうることを証する書類（損害賠償保険加入を証する書類）
- 10 介護保険法第 70 条第 2 項各号（第 115 条の 2 第 2 項各号）に該当しないことを誓約する書面（参考様式 9-1）

別紙

複数の単位を実施する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												
単位	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				※	※							
	主な 掲載事 項	営業時間	平日	~	土曜	~	日曜・祝日	~					
			備考(サービス提供時間等)										
利用定員		人											
単位	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				※	※							
	主な 掲載事 項	営業時間	平日	~	土曜	~	日曜・祝日	~					
			備考(サービス提供時間等)										
利用定員		人											
単位	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				※	※							
	主な 掲載事 項	営業時間	平日	~	土曜	~	日曜・祝日	~					
			備考(サービス提供時間等)										
利用定員		人											