

事前提出資料

通所リハビリテーション

| | |
|------|--|
| 事業所名 | |
| 指定番号 | |

作成者 _____ 印

_____ 印

_____ 印

作成日 年 月 日

| | |
|------------|---|
| 管理者確認欄（署名） | 印 |
|------------|---|

通所リハビリテーション

| | | | |
|-------------|-------------|-------|--|
| 法人（開設者）の名称 | | | |
| 法人（開設者）の所在地 | 〒 | | |
| 連絡先 | TEL Eメール | Fax | |
| 代表者職名 | | 代表者氏名 | |

| | | | |
|-------------------------|-------------|-------|-------|
| 事業所番号 | | 指定年月日 | 年 月 日 |
| 事業所の名称 | | | |
| 事業所所在地 | 〒 | | |
| 連絡先 | TEL Eメール | Fax | |
| 同一敷地内にある他の施設等 | | | |
| 営業日 | | 営業時間 | 指定単位数 |
| 病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院の別 | | | 定員 |

1. 管理者

| | | | |
|----------|-----|-------------------|-----|
| 管理者氏名 | | 他の施設等との兼務 | 有 無 |
| 他の職種との兼務 | 有 無 | 兼務している他施設の名称とその職種 | |

2. 従業者の人数

| | 担当医師 | | 理学療法士 | | 作業療法士 | | 言語聴覚士 | | 看護・介護職員 | |
|-----|------|----|-------|----|-------|----|-------|----|---------|-------|
| | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常 勤 | | | | | | | | | () | (,) |
| 非常勤 | | | | | | | | | () | (,) |

注) 経験看護師については、()書きで再掲して下さい。

3. 月間のサービス提供状況

単位：人

| | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 |
|-------|------|------|------|------|------|------|
| | 利用者数 | 利用者数 | 利用者数 | 利用者数 | 利用者数 | 利用者数 |
| 要介護 1 | () | () | () | () | () | () |
| 要介護 2 | () | () | () | () | () | () |
| 要介護 3 | () | () | () | () | () | () |
| 要介護 4 | () | () | () | () | () | () |
| 要介護 5 | () | () | () | () | () | () |
| 合 計 | () | () | () | () | () | () |

注 1) 利用者数は延人数で記入し、() 内に実人数を記入して下さい。

4. 専用の部屋の面積や設備について

| 専用の部屋の面積 | m ² | 他の事務所との共用の有無 | 有 無 |
|----------------|----------------|--------------|-----|
| 他の事務所との共用が有る場合 | 共用する事務所の名称 | | |

5. 利用料について

(1) 利用料（本人負担額）はどのように徴収しているか。

毎回徴収している

月締めで徴収している

その他

入金方法： 現金 ・ 銀行等振込み ・ 口座引落とし ・ その他

(2) その他の利用料としてはどのようなものを徴収しているか。
(重要事項説明書の該当部分を添付)

6. 通所リハビリテーション計画等について

(1) 通所リハビリテーション計画は何件作成しているか。（作成日現在有効な計画）
件（新規 件、変更・更新 件）

(2) サービス担当者会議は一月に何回出席しているか。（過去 1 年間事業所平均）
回

7. 苦情処理に対して、担当者の配置など体制を整えているか。

| | |
|----------------|---|
| 苦情処理担当職員の氏名 | |
| 〃 の資格 | |
| 苦情処理件数 (過去1年間) | 件 |

8. 加算・減算の状況

| 施設区分 | 通常規模 | 大規模 (I) | 大規模 (II) |
|---|-----------------|--------------------------------------|----------|
| | 職員の欠員による減算 | 医師 PT OT ST 看護職員 介護職員 | 無 |
| 感染症等により利用者数が一定以上減少している場合 | 有 | | 無 |
| 定員超過による減算 | 有 | | 無 |
| 短時間区分(1-2時間)実施状況 | 有 | | 無 |
| 短時間区分理学療法士等体制強化加算 | 有 | | 無 |
| 延長サービス加算 | 有 | | 無 |
| リハビリテーション提供体制加算 | 有 | | 無 |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | 有 | | 無 |
| 入浴介助加算 | 有 (I・II) | | 無 |
| リハビリテーションマネジメント加算 | 有 (AⅠ・AⅡ・BⅠ・BⅡ) | | 無 |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | 有 | | 無 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | 有 (I・II) | | 無 |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 有 | | 無 |
| 生活行為向上リハビリテーションの実施後にリハビリテーションを継続した場合の減算 | 有 | | 無 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 有 | | 無 |
| 栄養アセスメント加算 | 有 | | 無 |
| 栄養改善加算 | 有 | | 無 |

| | | |
|--|----------|---|
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 有（Ⅰ・Ⅱ） | 無 |
| 口腔機能向上加算 | 有（Ⅰ・Ⅱ） | 無 |
| 重度療養管理加算 | 有 | 無 |
| 中重度者ケア体制加算 | 有 | 無 |
| 科学的介護推進体制加算 | 有 | 無 |
| 移行支援加算 | 有 | 無 |
| サービス提供体制強化加算 | 有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ） | 無 |
| 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所リハビリテーションを行う場合 | 有 | 無 |
| 送迎減算 | 有 | 無 |
| 介護職員処遇改善加算 | 有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ） | 無 |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 有（Ⅰ・Ⅱ） | 無 |

年 月分 (直近の1か月分について記入)

事業所名

施設等の区分：病院及び診療所・介護老人保健施設・介護医療院
通常規模・大規模（Ⅰ）・大規模（Ⅱ）

減算の有無：定員超過・職員欠員

利用者減少の有無：有・無

指定単位数

全体定員

名

| 氏名 | 所定単位数 | 加算・減算の状況(単位数) | | | | | | | | | | | | | | | | 介護職員処遇改善加算(単位数) | 介護職員等特定処遇改善加算(単位数) | 合計(単位数) | 保険請求額(円) | 本人負担額(円) | その他の利用料(円) | | | | | | | |
|----|------------|----------------|------------------------|---------------------|--------------------|---------------------|---------------|-----------|--------|------------------------|--------------|----------------------|-------------|------|-------------|----------|------------|-----------------|--------------------|---------|----------|----------|------------|--------|------|--|--|--|--|--|
| | 所定単位数(単位数) | 介護職員処遇改善加算I・II | 介護職員等特定処遇改善加算A・Aa・B・Ba | 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | 認知症集中リハビリテーション実施加算 | 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 若年性認知症利用者受入加算 | 栄養70%以上加算 | 栄養改善加算 | 口腔・栄養ケアリハビリテーション加算I・II | 口腔機能向上加算I・II | サービス提供体制強化加算I・II・III | 中山間地域等利用者加算 | 延長加算 | 科学的介護推進体制加算 | 重度療養管理加算 | 中重度者77体制加算 | | | | | | | 移行支援加算 | 送迎減算 | 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に対して通所リハを行う場合 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注1) 単位数を記入する欄には利用者個人ごとに保険請求の基礎となった単位数の一月分の合計を記入してください。

注2) 施設等の区分及び減算の有無、利用者減少の有無については、該当するものを○で囲んでください。

注3) 全体定員には、貴事業所と一体となっている介護予防通所リハビリテーション事業所も含め記入してください。

注4) 所定単位には、短時間区分における理学療法士等体制強化加算を含めてください。また、職員の欠員・定員超過による70%算定も含めてください。

通所リハビリテーション事業従業者一覧

| 職 種 | 氏 名 | 兼務している職務 | 資 格 | 常勤・非常勤の別 |
|-----|-----|----------|-----|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

注) 「兼務している職務」には、貴事業所と一体となっている介護予防通所リハビリテーション事業所を記入する必要はありません。

(参考様式 9-1-① (居宅サービス事業所用))

介護保険法第70条第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

宮崎県知事 殿

申請者 住所

氏名 (法人にあつては法人名及び代表者職・氏名)

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。(但し、申請者が法人である場合は、その役員等が下記の第四号から第六号まで又は第七号から第九号までに該当しないこと又は申請者が法人でない事業所である場合は、その管理者が下記の第四号から第六号まで又は第七号から第九号までに該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第70条第2項)

- 一 申請者が法人でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第七十四条第一項の厚生労働省令で定める基準及び同項の厚生労働省令で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第七十四条第二項に規定する指定居宅サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な居宅サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の三 申請者が、社会保険各法又は労働保険の保険料の徴収等に関する法律(昭和四十四年法律第八十四号)の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金(地方税法の規定による国民健康保険税を含む。以下この号、第七十八条の二第四項第五号の三、第九十四条第三項第五号の三、第一百五十二条の二第二項第五号の三、第一百五十二条の十二第二項第五号の三及び第二百三条第二項において「保険料等」という。)について、当該申請をした日の前日までに、これらの法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全て(当該処分を受けた者が、当該処分に係る保険料等の納付義務を負うことを定める法律によって納付義務を負う保険料等に限る。第七十八条の二第四項第五号の三、第九十四条第三項第五号の三、第一百五十二条の二第二項第五号の三及び第一百五十二条の十二第二項第五号の三において同じ。)を引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、第七十七条第一項又は第一百五十二条の三十五第六項の規定により指定(特定施設入居者生活介護に係る指定を除く。)を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消の処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員(業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同様以上の支配力を有するものと認められる者を含む。第五節及び第二百三条第二項において同じ。)又はその事業所を管理する者その他の政令で定める使用人(以下「役員等」という。)であつた者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があつた日前六十日以内に当該事業所の管理者であつた者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅サービス事業者が有して

いた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

六の二 申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、第七十七条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定（特定施設入居者生活介護に係る指定に限る。）を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

六の三 申請者と密接な関係を有する者（申請者（法人に限る。以下この号において同じ。）の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの（以下この号において「申請者の親会社等」という。）、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。以下この章において同じ。）が、第七十七条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

七 申請者が、第七十七条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第七十五条第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

七の二 申請者が、第七十六条第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第七十七条第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第七十五条第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

八 第七号に規定する期間内に第七十五条第二項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

九 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

十 申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第七号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

十の二 申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人で、その役員等のうちに第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

十一 申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第六号まで又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。

十二 申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者

であるとき。