付表４

訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | | フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　)  　京都府　　　　郡・市 | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | FAX番号 |  | |
| メールアドレス | |  | | | | | | | |
| 病院、診療所の別 | | |  | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | |  | | | | 住所 | (郵便番号　　―　　) | | | | |
| 氏名 | |  | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | 理学療法士 | | | 作業療法士 | | | 言語聴覚士 |
|  | 常勤(人) | | | | |  | | |  | | |  |
|  | 非常勤(人) | | | | |  | | |  | | |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | |  | | | | | | | | |
| 営業時間 | | |  | | | | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分(利用者負担分) | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | |
| その他の費用 | | |  | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | |  | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別記のとおり | | | | | | | | |

注１　記入欄が不足する場合は、別に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。

2　「主な掲示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

3　保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院及び診療所が行うものについては、法第71条第1項の規定に

より、指定があったものとみなされるので、この申請の必要はありません。

4　当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部

分の料金の状況がわかるような料金表を提出してください。