付表5

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導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、薬局の別 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 管理者 | | フリガナ | | |  | | | | 住所 | (郵便番号　　　―　　) | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | |
| 提供する居宅療養管理  指導の種類 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | 医師 | | 歯科医師 | | | 薬剤師 | | 歯科衛生士等 | | 管理栄養士 |
|  | | | 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 | | |  | | | | | | | | | |
| 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。

４　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並びに保険薬局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。

５　「歯科衛生士等」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。

６　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。

別記

指定申請に係る添付書類一覧

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添付書類 | 申請する事業・施設の種類 | | 備　考 |
| 居宅療養 | 介護予防 |
| 1 | 申請者の登記事項証明書又は  条例等 |  |  |  |
| 2 | 申請法人等の  概要 |  |  |  |
| 3 | 経歴書(管理者等) |  |  |  |
| 4 | 従業者一覧表 |  |  |  |
| 5 | 従業者の資格を証する書類(薬剤師等の免許証の写し) |  |  |  |
| 6 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  |  |
| 7 | 病院若しくは診療所の使用許可証等又は薬局の開設許可証の写し |  |  |  |
| 8 | 事業所の平面図 |  |  |  |
| 9 | 運営規程 |  |  |  |
| 10 | 重要事項説明書 |  |  |  |
| 11 | 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要 |  |  |  |
| 12 | 既指定事業所の状況 |  |  |  |
| 13 | 誓約書 |  |  |  |

注１　書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎

印を付けてください。

２　１について、法人以外の者が開設する病院、診療所又は薬局の場合は、必要ありません。

３　５について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。