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。