

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者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ												
	名称	← 申請書(様式第1号)に記載したものと同一の所在地、連絡先を記入。											
	所在地	(郵便番号 -) ←											
	連絡先	電話番号						FAX番号					
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等の条文							第 条第 項第 号						
病院・診療所・介護老人保健施設の別(該当に○)		病院				診療所				介護老人保健施設			
管理者	フリガナ						住所・連絡先	(郵便番号 -)					
	氏名	←						電話番号			FAX番号		
	生年月日												
利用者の推定数		10人					(前年度の平均値、新規の場合は予測される数を記入)						
従業者			理学療法士・作業療法士										
			専従	兼務									
	常勤(人)						← 病院、診療所、介護老人保健施設の管理者名を記載してください。						
	非常勤(人)												
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・祝	~	
		備考											
	利用料	法定代理受領分		介護報酬告示上の額									← 運営規程の記載内容と一致させてください
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額									
	その他の費用	運営規程に定めるとおり											
通常の事業	①			②			③			④		⑤	
実施地域	備考												

備考 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。