

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

受付番号

事業所	フリガナ														
	名称														
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市													
	連絡先	電話番号					FAX番号								
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文												第	条第	項第	号
病院、診療所の別															
管理者	フリガナ														
	氏名														
	生年月日														
		住所				(郵便番号 -)									
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	兼務	常勤	兼務	常勤	兼務								
		常勤(人)													
		非常勤(人)													
主な 掲示 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(一割負担分)													
		法定代理受領分以外													
	その他の費用														
通常の事業実施地域															
	備考														
添付書類		別添のとおり													

- 備考
- 「受付番号」欄には、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜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。
 - 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は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、本申請の必要はありません。
 - 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、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分かるような料金表を提出してください。