

付表7 - 1

通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項（介護老人保健施設）

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				
管理者	フリガナ						住所	(郵便番号 -)						
	氏名													
	生年月日													
	管理者代行者が選任されている場合	医師		作業療法士		代行者名	フリガナ							
理学療法士			専従の看護師		氏名									
施設開設年月日	年		月		日									
実施単位数	単位													
一日当たりの利用者推定数	人		介護老人保健施設入所者数	人										
医師数	常勤	人		一日当たりの総利用予定数	人									
	非常勤	人												
従業者の職種・員数						員数		基準上の必要人数 (人)	適合の可否					
						常勤	非常勤							
単位別従業者	理学療法士	当該単位につき毎日従事する者												
	作業療法士	週1日以上従事する上記以外の者												
	看護職員	経験看護師等												
		上記 以外の看護職員												
介護職員														
専用の部屋等の面積						基準上の必要数値		適合の可否						
						m ²		m ² 以上						
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（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 1「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでくだ

さい。

- 2 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。
- 3 「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。
- 4 従業者の員数については、総数を記載してください。
- 5 介護老人保健施設が行うものについては、法第 72 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。
- 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。

付表7 - 1 (別表)

通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項 (介護老人保健施設) (2単位目以降)

受付番号

事業所	フリガナ																		
	名称																		
単位	従業者の職種・員数		員数		基準上の必要人数(人)	適合の可否													
			常勤	非常勤															
	単位別従業者	理学療法士	当該単位につき毎日従事する者																
		作業療法士	週1日以上従事する上記以外の者																
		看護職員	経験看護師等																
			上記以外の看護職員																
	介護職員																		
	主な揭示事項	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	其他年間の休日							
		営業時間		平日		~			土曜		~			日・祝		~			
備考																			
単位	従業者の職種・員数		員数		基準上の必要人数(人)	適合の可否													
			常勤	非常勤															
	単位別従業者	理学療法士	当該単位につき毎日従事する者																
		作業療法士	週1日以上従事する上記以外の者																
		看護職員	経験看護師等																
			上記以外の看護職員																
	介護職員																		
	主な揭示事項	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	其他年間の休日							
		営業時間		平日		~			土曜		~			日・祝		~			
備考																			
単位	従業者の職種・員数		員数		基準上の必要人数(人)	適合の可否													
			常勤	非常勤															
	単位別従業者	理学療法士	当該単位につき毎日従事する者																
		作業療法士	週1日以上従事する上記以外の者																
		看護職員	経験看護師等																
			上記以外の看護職員																
	介護職員																		
	主な揭示事項	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	其他年間の休日							
		営業時間		平日		~			土曜		~			日・祝		~			
備考																			