**付表3　短期集中通所型サービス事業所の指定に係る記載事項（通リハ・介護予防通リハ）**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　）  　　　　　県　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | | | | |
| 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 | | | | |  | | | | |
| 事業所の種別  （１つに○） | | | 病院 | | | | | | | |  | | | 基準第111条  第１項診療所 | | | | | | | |  | | | 同条第２項  診療所 | | | | |  |
| 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 | | | | | | | | | 理学療法士 | | | | 作業療法士 | | | | | | | 看護職員 | | | | | | | 介護職員 | |  | |
|  | 常　勤（人） | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 非常勤（人） | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 適合の可否 | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | 専用の部屋等の面積 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 基準上の必要数値 | | | | | | | | 適合の可否 | | |
|  | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | | | | | ㎡以上 | | | | | | | |  | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | | | 単位ごとの営業日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）（①　：　～　：　②　：　～　：　③　：　～　：　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | | | | 人（単位ごとの定員①　　　人　②　　　人　③　　　人） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | 法定代理受領分　　　栗東市介護予防・日常生活支援総合事業実施規則上の額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外　栗東市介護予防・日常生活支援総合事業実施規則上の額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | 栗東市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注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、または別葉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。