

7) 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 指定申請 提出確認票

開始(指定)予定日	年 月 日	事業所名	
申請担当者職・氏名			
申請に関する連絡先	TEL		FAX

書 類	説 明	申請者 確 認
1 指定申請書	・法人の所在地・名称、代表者の職名・氏名、印 (法務局の印鑑証明書で証明される印)	<input type="checkbox"/>
2 付表	・事業所が、介護老人保健施設、病院又は診療所である。	<input type="checkbox"/>
3 登記事項証明書又は条例等	1. 当該事業を実施する旨の記載のある履歴事項全部証明書(原本、申請日に発行から3月以内)	<input type="checkbox"/>
	2. 条例等(申請する事業を実施する旨の記載のあるもの)	<input type="checkbox"/>
4 病院の使用許可証等書の写	<事業所が、病院・診療所の場合> 1. 病院は、使用許可証の写	<input type="checkbox"/>
	2. 診療所は、使用許可証又は届出書の写	<input type="checkbox"/>
5 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式1 通所系用)	1. 管理者及び従業者全員の毎日の勤務すべき時間数(4週間分。確保した従業者のみを記載。)※単位ごとに作成 【事業所が診療所以外である場合】 <単位ごとに、利用者が10人以下> ア. 管理者 イ. 医師[常勤専任1以上] ウ. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員 [単位ごとに、1以上。提供時間を通じて専従。うち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士] [単位ごとに、利用者が100又はその端数を増すごとに1以上。] エ. その他の従業者	<input type="checkbox"/>
	<単位ごとに、利用者が11人以上> ア. 管理者 イ. 医師[常勤専任1人以上] ウ. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員 [単位ごとに、利用者を10で除した数以上。提供時間を通じて専従。うち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士] [単位ごとに、利用者が100又はその端数を増すごとに1以上。] エ. その他の従業者	<input type="checkbox"/>
	【事業所が診療所である場合】 <単位ごとに、利用者が10人以下> ア. 管理者 ア. 医師◇ [常勤専任1人。 専任医師1人に対し、利用者数1日48人以内] イ. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員 [単位ごとに、1以上。提供時間を通じて専従。うち、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は経験看護師。常勤換算で、0.1以上。] エ. その他の従業者	<input type="checkbox"/>
	<単位ごとに、利用者が11人以上> ア. 管理者 イ. 医師[常勤専任1人以上] ウ. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員 [単位ごとに、利用者の数を10で除した数以上。提供時間を通じて専従。うち、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は経験看護師。常勤換算で、0.1以上。] エ. その他の従業者	<input type="checkbox"/>

	<p>2. 資格等が必要な職種は、資格証等の写を、氏名を記載した順にそろえて添付 ◇医師：医師免許証の写 ◇理学療法士：理学療法士免許証の写 ◇作業療法士：作業療法士免許証の写 ◇言語聴覚士：言語聴覚士免許証の写 ◇経験看護師：5参照 ◇看護職員：看護師免許証・准看護師免許証の写</p> <p>3. 組織体系図 ※併設事業所の職務を兼務する者がいる場合、兼務先の勤務形態一覧表を添付</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>6 経験看護師経歴書 (参考様式 2)</p>	<p>・経験看護師の住所、氏名、電話番号、生年月日、最終学歴以降の経歴、当該事業に関する資格等 ・従事証明書添付</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>7 事業所の平面図、設備概要 (参考様式 3)</p>	<p>・建物全体の平面図及び当該事業に関する平面図 (用途・面積(内法、計算式記入)、専有・共有を明示したA4版又はA3版のもの) ○専用の部屋 [3平方メートル×利用定員以上] ※消防設備等必要な設備 ○専用の機械・器具等必要な設備、備品なども記載 ・事業所の外観(建物全体)及び内部の様子が分かる写真添付とその説明(図面に撮影方向を明示) ※玄関・入口から事務室・相談室等に至る経路及びトイレ、手洗い等への経路が他事業の専有スペースを通過することがないなど適切な配慮がなされていること。 ・消火器等の消防設備、事業所名が確認できる看板の写真を添付</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>8 運営規程</p>	<p>○次の内容について、具体的かつわかりやすく定めてください。</p> <p>1. 事業の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/></p> <p>2. 従業者の職種、員数及び職務内容 <input type="checkbox"/></p> <p>3. 営業日及び営業時間(事業所の開いている日・時間) <input type="checkbox"/> ※年間の休日などを明確に。 ※サービス提供日・時間が異なる場合は、別に具体的に。 ・延長サービスを行う場合は、延長サービスを行う時間を明記。</p> <p>4. 指定(介護予防)通所リハビリテーションの利用定員 <input type="checkbox"/></p> <p>5. 指定(介護予防)通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額 <input type="checkbox"/> ※利用料その他の費用の額については、料金表にするなどして、具体的に。 ※法定代理受領でない場合の利用料や「その他の費用の額」として徴収が認められている額なども記載</p> <p>6. 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> ※客観的に特定できるように、行政区域の名称で記載。</p> <p>7. サービス利用に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/></p> <p>8. 非常災害対策 <input type="checkbox"/></p> <p>9. その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> ※虐待防止、身体拘束の原則禁止、研修、秘密保持等</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>9 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 (参考様式 6)</p>	<p>○次の事項について、具体的かつわかりやすく記載してください。</p> <p>1. 事業者として、利用者等からの相談・苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)・担当者の設置 <input type="checkbox"/> ※受付曜日、時間、電話番号、FAX番号、担当者職・氏名を明記する。</p> <p>2. 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 <input type="checkbox"/></p> <p>3. その他参考事項 <input type="checkbox"/> ※その他の相談、苦情に対する窓口として、保険者(〇〇市〇〇課)及び群馬県国民健康保険団体連合会の連絡先等を記載すること</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>10 誓約書 (参考様式)</p>	<p>・介護保険法の欠格事由に該当しない旨の誓約書 (両面印刷にし、法人登記印を押印すること。)</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

11 その他指定に 関し必要と認める 事項	1. 指定予定月から1年間の事業計画書 事業所としての理念あるいは目標、そしてその実現に向けての運営方針、活動内容などがわかるもの 2. 指定予定月から1年間の事業所の収支予算書 ※月ごとに作成すること ※介護報酬の支払いはサービス提供月の翌々月になることから、収支がマイナスになる場合の補填策を記載すること。 3. 損害賠償責任保険証書 損害賠償発生時に対応が可能であることがわかる書類（保険証書の写等） ※当該事業所・サービスが対象となることがわかるもの	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 介護報酬体制 等届書	1. 体制等届出書 2. 体制等状況一覧表 3. 該当加算に係る別紙、添付書類 4. 規模別報酬区分計算表（通所リハビリテーション）	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13 手数料納付書		<input type="checkbox"/>
14 提出確認票	（本票）	<input type="checkbox"/>

※ 書類は、特段の定めがない限り、原則として日本工業規格 A 4 型とします。

※ すべての書類が確認できない場合は、指定申請の受付ができません。

また、受付後においても、書類の補正、追加提出をお願いすることがあります。