

指定申請提出書類

【訪問リハビリテーション】

事業所名：

記入者名：

連絡先（電話番号）：

指定申請の際に併せてご提出ください。

番号	提出書類	様式	申請者 確認欄	備 考
1	指定（許可）申請書	第1号様式		収入証紙 居宅サービス・・・15,000円 予防サービス・・・5,000円
2	訪問リハビリテーション事業者の指定に係る記載事項	付表4		
3	申請者（開設者）の登記簿の謄本			介護保険に関する（介護予防）訪問リハビリテーション事業を実施する旨の記載のある登記簿謄本 条例にあっては公報の写し
4	病院の使用許可証、診療所の使用許可証又は届出書の写し（病院又は診療所の場合）			病院又は診療所の場合に添付
5	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表及び資格証・修了証	参考様式1		管理者及び従業員全員の、毎日勤務すべき時間数（4週間分）資格が必要な職種は、資格証の写しを、氏名を記載した順に揃えて添付してください。 法人の組織図を添付してください。
6	兼務職員一覧表			該当がない場合もその旨記載
7	設備・備品等一覧表	参考様式5		
8	事業所の平面図	参考様式3		用途（事務受付、サービス担当者会議スペース等）・備品（机、イス等）・面積を明示した、A4版又はA3版のもの。 病院、診療所内に事業所を置く場合は、医療法に基づく医療施設の使用許可の写しを添付してください。
9	運営規定	作成例参照		次の内容について、定めてください。 1 事業の目的及び運営の方針 2 従業員の職種、員数及び職務内容 3 営業日及び営業時間 4 指定訪問リハビリテーションの提供方法、内容及び利用料その他の費用の額 5 通常の事業の実施地域 6 その他運営に関する重要事項

指定申請提出書類

番号	提出書類	様式	申請者 確認欄	備 考
10	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>次の事項について、具体的にわかりやすく記載してください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 利用者等からの相談または苦情に対応する常設の窓口、担当者の設置 2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 3 その他参考事項 <p>苦情相談窓口となる長崎県国民健康保険団体連合会（苦情専用窓口）と保険者（各市町介護保険担当窓口）の住所・名称・連絡先を記載してください。</p>
11	損害賠償等保険証書の写し（又は保険料領収書の写し）と保険内容が確認できる書類）			
12	誓約書	参考様式 9 - 1 - 9 - 1 -		介護・介護予防の2種類ありますので、ご注意ください。

【その他】・・・算定を開始する前月の15日までに提出

1	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	別紙2 別紙1 別紙1-2		加算の体制に関する添付書類が別途必要になります。
---	----------------------	---------------------	--	--------------------------