

みなし指定申請提出書類

【通所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	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	別紙2		加算の体制に関する添付書類が別途必要になります。
2	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	別紙1・別紙1-2		
3	事業所規模の算定表	参考様式		
4	通所リハビリテーション事業者の指定に係る記載事項	付表7-1、2		
5	保険医療機関指定書の写し、病院の使用許可証、診療所の届出（写）			
6	申請者（開設者）の登記簿の謄本			介護保険に関する通所リハビリテーションを実施する旨の記載のある登記簿謄本 条例によっては公報の写し
7	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		管理者及び従業者全員の、毎日勤務すべき時間数（4週間分）職種の分類は次のとおりです。 （管理者・医師・看護職員・経験看護師等・理学療法士・作業療法士・介護職員・支援相談員・その他） 従業者は、単位ごとにまとめて記載してください。 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。 午前午後と利用者を分ける場合は2単位とし、1単位ずつ作成してください。
8	兼務職員一覧表			該当がない場合もその旨記載
9	設備・備品等一覧表	参考様式5		
10	事業所（施設）の平面図・建築図面の写し	参考様式3		用途・面積明示した、A4版又はA3版のもの 保健所所管に用途が登録されているもの及びその写し 共用区画がある場合は、専用・共用の区画を色分けする等して明示すること。 当該事業に使用する備品等を、平面図の余白に記載してください。
11	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 従業者の職種、員数及び職務内容 3 営業日及び営業時間 4 指定通所リハビリテーションの利用定員 5 指定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 6 通常の事業の実施地域 7 サービス利用に当たっての留意事項 8 非常災害対策 9 その他運営に関する重要事項

みなし指定申請提出書類

番号	提出書類	様式	申請者 確認欄	備 考
12	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>
13	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）			
14	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。
15	医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションの届出を行っていることがわかる書類			短時間（1 - 2時間）の場合、添付してください。

書類については、原則としてA 4版とします。