

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書〈みなし通所リハ用〉

年 月 日

堺市長 様

主たる事務所の所在地
申請者 名 称
代表者の職・氏名

〔 法人以外の者にあつては、
住所及び氏名 〕

㊟

介護給付費算定に係る体制等について、次のとおり届け出ます。

申請 (開設) 者	フリガナ				
	名称又は氏名				
	主たる事務所の所在地又は住所	(郵便番号 —) 都 道 郡 市 府 県 区			
	申請者の連絡先	電話番号		FAX 番号	
	法人の種別			法人の所轄庁	
	代表者の職・氏名	職名		フリガナ 氏名	

病院・ 診療所	フリガナ											
	病院又は診療所の名称											
	病院又は診療所の所在地	(郵便番号 —)										
	病院又は診療所の連絡先	電話番号		FAX 番号								
管理者の氏名	フリガナ			病院・診療所の区分		病 院		診療所				
	氏名											
医療機関コード		2 7 1	:	:	:	:	:	:	病院・診療所の開設日	年	月	日
実施単位数	単位	利用定員		人	専用の部屋等の面積			m ²				

※（介護予防）通所リハビリテーションを2単位以上、実施している場合は以下に記載すること。

利用定員（ 単位目）	人	専用の部屋等の面積	m ²	
利用定員（ 単位目）	人	専用の部屋等の面積	m ²	
利用定員（ 単位目）	人	専用の部屋等の面積	m ²	

- 備考 1 「法人の種別」の欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記入すること。
- 2 「法人の所轄庁」の欄には、申請者が行政庁（大臣、都道府県知事等）の許可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記載すること。
- 3 「病院・診療所の開設日」の欄には、保健医療機関として開設許可等を受けた開設日を記載すること。
- 4 「医療機関コード」の欄には、保健医療機関として指定を受けた番号を記載すること。