

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

保険医療機関名としての届出
の法人の情報を記入。法人以外場合は住所・氏名を記入。

申請者

主たる事務所の所在地 大阪府堺市○区×町一丁 2番 3号
名称 医療法人 ○○会
代表者の職・氏名 理事長 堀 太郎
〔 法人以外の者にあっては、
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	イリヨウホウジン ○○カイ				
	名称又は氏名	医療法人 ○○会				
	主たる事務所の所在地又は住所	(郵便番号 5xx-xxxx) 大阪 都道 堺 郡市 ○区×町一丁 2番 3号 府 県 区				
	申請者の連絡先	電話番号	072-xxx-xxxx		FAX番号	072-xxx-xxxx
	法人の種別	医療法人			法人の所轄庁	大阪府
	代表者の職・氏名	職名	理事長		フリガナ	サカイ タロウ
					氏名	堀 太郎

病院 ・ 診療所	フリガナ	イリヨウホウジン○○カイ ××病院				保険医療機関名としての届出の 病院・診療所の情報を記入。					
	病院又は診療所の名称	医療法人 ○○会 ××病院									
	病院又は診療所の所在地	(郵便番号 5xx-xxxx) 堺市○区○町三丁 4番 5号									
	病院又は診療所の連絡先	電話番号	072-xxx-xxxx		FAX番号	072-xxx-xxxx					
管理者の氏名	フリガナ	サカイ ハナコ			病院・診療所の区分	○	病院		診療所		
	氏名	堀 花子									
医療機関コード		2 7 1	1	2	3	4	5	×	×	病院・診療所の開設日	平成xx 年xx月xx日
実施単位数	1 単位	利用定員			20 人	専用の部屋等の面積			120.5 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「株式会社」等の別を記入する。 2 「法人の所轄庁」の欄には、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、複数の開設日を記載すること。 4 「医療機関コード」の欄には、複数の機関コードを記入すること。	同一スタッフで同時に通所リハビリテーションを行う利用者数を記載。			
	午前と午後など異なる時間帯にサービスを行う、異なる複数の部屋でサービスを行う…などの場合は、複数単位となるので、この行は空欄とし、下欄「2 単位以上実施している場合」に1単位目から記載する。			
	その行			