

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 大阪府堺市〇区×町一丁 2 番 3 号  
名 称 医療法人 〇〇会  
代表者の職・氏名 理事長 堺 太郎

〔 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	イリョウホウジン 〇〇カイ			
	名称又は氏名	医療法人 〇〇会			
	主たる事務所の所在地又は住所	(郵便番号 5××-××××) 大阪 都 道 堺 郡 市 〇区×町一丁 2 番 3 号 府 県 区			
	申請者の連絡先	電話番号	072-×××-××××	FAX 番号	072-×××-××××
	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	堺 太郎	

病 院 ・ 診 療 所	フリガナ	イリョウホウジン 〇〇カイ ××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 〇〇会 ××病院									
	病院又は診療所の所在地	(郵便番号 5××-××××) 堺市〇区〇町三丁 4 番 5 号									
	病院又は診療所の連絡先	電話番号	072-×××-××××	FAX 番号	072-×××-××××						
管理者の氏名	フリガナ	サカイ ハナコ		病院・診療所の区分	〇	病 院	診療所				
	氏名	堺 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×× 年××月××日
実施単位数	1 単位	利用定員	2 0 人		専用の部屋等の面積			120.5 m <sup>2</sup>			

※（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 <sup>2</sup>	
利用定員（ 単位目）	人	専用の部屋等の面積	m <sup>2</sup>	
利用定員（ 単位目）	人	専用の部屋等の面積	m <sup>2</sup>	

- 備考 1 「法人の種別」の欄には、申請者が法人の場合、「株式会社」、「有限会社」、「合同会社」、「特定非営利活動法人」、「公益法人」、  
「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、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、開設した年、月、日を記載すること。
- 4 「医療機関コード」の欄には、介護保険法第112条第1項第2号の医療機関コードを記載すること。

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