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　堺　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	イリョウホウジン　○○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　5××－×××× ） 大阪　都 道 府 県　堺　郡 市 区　○区×町一丁２番３号			
	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○○カイ　××病院						
	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 5××―×××× ） 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-×××-××××	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	○	病　院		診療所	
	氏名	堺　花子						
医療機関コード	２７１	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	２０　人	専用の部屋等の面積	120.5 ㎡			

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。

※（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	㎡	
利用定員（　　単位目）	人	専用の部屋等の面積	㎡	
利用定員（　　単位目）	人	専用の部屋等の面積	㎡	

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。

備考　１　「法人の種別」の　「一般財団法人」、「株式会社」等の
２　「法人の所轄庁　である場合に、その行政庁の名称を
３　「病院・診療所
４　「医療機関コー