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。 主たる事務所の所在地 大阪府堺市○区×町一丁2番3号申請者 名 称 医療法人 ○○会 理事長 堺 太郎 ② 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いて、次のとおり届け出ます。

		• • • • • • • • • •						
フリガナ	イリョウホウギン 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	(郵便番号 $5 \times \times - \times \times \times \times$)							
在地又は住所	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	$072-\times\times\times-\times\times\times$	FAX 番号	$072-\times\times\times-\times\times$				
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		フリガナ	サカイ タロウ				
		理事長	氏名	堺 太郎				
	名称又は氏名 主たる事務所の所 在地又は住所 申請者の連絡先 法人の種別	名称又は氏名 医療法人 〇〇 主たる事務所の所 在地又は住所 (郵便番号 大阪 都 府 申請者の連絡先 電話番号 法人の種別 医療法人	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 堺 郡 市 ○区×町 府 県 区 申請者の連絡先 電話番号 072-×××-××× 法人の種別 医療法人	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 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-×××-××× FAX番号 法人の種別 法人の種別 医療法人 (井妻名の職・氏名 職名 理事長				

病	フリガナ		イリ	ョウホ	ウジン〇(⊃カイ ×	×病院							
院・	病院又は の名称	診療所		医療法人 〇〇会 ××病院				保険医療機関名としての届出の病院・						
診療	病院又は の所在地	診療所		(郵便番号 5××—××××) 堺市○区○町三丁 4 番 5 号					診療所の情報を記入。					
所	病院又は診	診療所の 遅	車絡先	A 10 10 10 10 10 10 10			$\times \times$	FAX 番号 072-×××-			-×××			
一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一		フリガ	ナ	サカイ	イ ハナコ									
		氏名		堺 花子				病院・診療所の		の区分	0	病院	診療所	
医療機関コード 27		7 1	1 2 3 4 5 × × 病防		病院・診	・診療所の開設日		平成 \times \times 年 \times \times 月 \times \times 日			日			
実施単位数 1 単位		単位	利	用定員		2 0		専用の	の部屋等の	の面積		1 20. 5 m²		

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

備考 1 「法人の種別」の 「株式会社」等の

2 「法人の所轄庁 行政庁の名称を

3 「病院・診療用

「医療機関コ

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。

「一般財団法人」、

である場合に、その