７）通所リハビリテーションのサービス提供開始届出における提出確認票【病院・診療所が実施する場合】

医療みなし

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開始予定日 | 年　　月　　日 | | 事業所名 |  | | |
| 届出担当者職・氏名 |  | | | | | |
| 届出に関する連絡先 | ＴＥＬ |  | | | ＦＡＸ |  |
| E-mail |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 必要事項 | **提出書類** | 届出者  ☑ 欄 | 説明、注意事項（＊） | 市☑欄 |
| .　. |
| １サービス提供開始の届出 | **サービス提供開始届出書** | □ | 《法人の場合》　　　　法人の所在地・名称、代表者の職名・氏名  《法人以外の場合》　開設者の住所・氏名  ※押印不要 |  |
| ２付表 | **付表第一号（七）** | □ | 前橋市HP掲載様式：付表７  ＊３単位以上実施する場合は、（参考）記入欄不足時の資料も添付 |  |
| ３病院の使用許可証又は診療所の使用許可証若しくは届出書 | **病院・診療所の使用許可証等の写** | □ | ＊病院の場合は、使用許可証の写  ＊診療所の場合は、使用許可証又は届出書の写 |  |
| ４従業者の勤務体制及び勤務形態 | **勤務形態一覧表**  **（標準様式1\_05・通リハ用）** | □ | 管理者及び従業者全員の毎日の勤務すべき時間数（４週間分）  ＊確保した従業者のみ記載（仮配置は不可）  ＊複数の職種で勤務する職員については、職種ごとに別々の行に記載すること  ＊単位ごとに作成 |  |
| **【人員に関する基準】**  **《事業所が診療所以外の場合》**  **１．単位ごとに、利用者数が１０人以下の場合**  ①管理者  ②医師◇［常勤専任１以上］  ③理学療法士◇、作業療法士◇、言語聴覚士◇、看護職員◇又は介護職員  　 [単位ごとに１以上。提供時間を通じて専従。]  [理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士については、単位ごとに、利用者数が100又はその端数を増すごとに１以上]  ④その他の従業者  **２．単位ごとに、利用者数が１１人以上の場合**  ①管理者  ②医師◇[常勤専任１以上]  ③理学療法士◇、作業療法士◇、言語聴覚士◇、看護職員◇又は介護職員  　 [単位ごとに、利用者数を10で除した数以上。提供時間を通じて専従。]  　 [理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士については、単位ごとに、利用者数が100又はその端数を増すごとに１以上]  ④その他の従業者  **《事業所が診療所の場合》**  **１．単位ごとに、利用者数が１０人以下の場合**  ①管理者  ②医師◇  [専任１人。専任医師１人に対し、利用者数１日48人以内。]  ③理学療法士◇、作業療法士◇、言語聴覚士◇、看護職員◇又は介護職員  　 [単位ごとに１以上。提供時間を通じて専従。]  　 [理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は経験看護師については、常勤換算方法で0.1以上]  ④その他の従業者  **２．単位ごとに、利用者数が１１人以上の場合**  ①管理者  ②医師◇[常勤専任１以上]  ③理学療法士◇、作業療法士◇、言語聴覚士◇、看護職員◇又は介護職員  　 [単位ごとに、利用者数を10で除した数以上。提供時間を通じて専従。]  　 [理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は経験看護師については、常勤換算方法で0.1以上]  ④その他の従業者 |
| **資格を証するものの写**  **※人員基準にかかるものに限る** | □ | ＊資格等が必要な職種（◇印）は、該当資格証等の写を、氏名を記載した順に揃えて添付  ◇医師：医師免許証の写  ◇理学療法士：理学療法士免許証の写  ◇作業療法士：作業療法士免許証の写  ◇言語聴覚士：言語聴覚士免許証の写  ◇看護職員：看護師免許証・准看護師免許証の写  ＊経験看護師については、通所リハビリテーション等に１年以上従事した経験を有することの証明（従事証明書）を添付（下記参照） |  |
| **経験看護師従事証明書**  **（参考様式１－３）** | □ |  |  |
| **兼務先の勤務形態一覧表**  **(標準様式１\_XX・いずれか該当サービス）** | □ | ＊兼務者がいる場合に添付  ＊本届出にかかる事業所の勤務形態一覧表「兼務状況欄」に、兼務先／兼務する職務の内容・勤務時間等を記載することで省略可能 |  |
| ５事業所の平面図及び設備の概要 | **平面図**  **（標準様式３）** | □ | 建物全体の平面図及び当該事業に関する平面図  ＊設備基準上の名称を付記したうえで、各室の呼称、面積要件のある設備は面積を明示したもの  ＊Ａ４版又はＡ３版のもの  ＊専有部分と他事業との共有部分を色分けし、共有部分については、どの事業との共有であるか明記 |  |
| **【必要な設備】**  ①通所リハビリテーションを行うためのスペース  ［利用定員×３㎡以上（内法）］  ＊当該部分の実測値及び面積計算式を記入  ②浴室（入浴介助加算を算定する場合）  ③リハビリテーションを行うために必要な専用の機械及び器具  ④消火設備その他の非常災害に際して必要な設備  ⑤その他の設備 |
| **設備・備品等一覧表**  **（標準様式４）** | □ | ＊指定（介護予防）通所リハビリテーションを行うために必要な専用の機械・器具等を記載 |  |
| ６運営規程 | **運営規程**  **（通所リハビリテーション）** | □ | ＊次の内容について、具体的かつわかりやすく記載  ①事業の目的及び運営の方針  ②従業者の職種、員数及び職務の内容  ③営業日及び営業時間  （事業所の開いている日・時間）  ＊年間の休日などを明確に記載  ＊サービス提供日・時間が異なる場合は、別に具体的に記載  ＊延長サービスを行う場合は、延長サービスを行う時間を明記  ④指定（介護予防）通所リハビリテーションの利用定員  ⑤指定（介護予防）通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額  ＊利用料その他の費用の額については、料金表にする等、具体的に記載  ＊法定代理受領でない場合の利用料や「その他の費用の額」として徴収が認められている額等も記載  ⑥通常の事業の実施地域  ＊客観的に特定できるように記載  ⑦サービス利用に当たっての留意事項  ⑧非常災害対策  ⑨虐待の防止のための措置に関する事項  ⑩その他運営に関する重要事項  ＊研修、秘密保持等 |  |
| ７介護報酬体制等に関する届出 | **介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙２）** | □ |  |  |
| **介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙１）** | □ |  |  |
| **規模別報酬区分計算表**  **（通所リハビリテーション用）** | □ |  |  |
| **介護職員等処遇改善加算等計画書** | □ | ＊届出と同時に算定する場合 |  |
| **該当体制等に係る別紙、添**  **付書類** | □ |  |  |
| ８提出書類の確認 | **提出確認票** | □ | 本票  ＊電子申請システムから届出する際は提出不要 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 他法令 | **確　認　事　項** | **届出者**  **確認欄** |
| 建築基準法に適合しているか  （既存建物を使用する場合でも、用途変更の手続きや改修工事が必要となる場合がある） | □ |
| 消防法に適合しているか | □ |

※　書類は、特段の定めがない限り、原則として日本工業規格Ａ４型とします。

※　**すべての書類が確認できない場合、届出の受付ができません。**

※　受付後、書類の補正、追加提出をお願いすることがあります。

**◎感染症防止対策等により、届出書の処理にあたっての現地確認ができない場合には、施設・設備・備品等の**

**写真を求める場合があります。**

＜提出の必要な写真等＞

＊事業所の外観（建物全体）が確認できるもの

＊必要な設備・備品等が確認できるもの

＊各写真についての説明を記載　（例：○○室）

＊平面図に撮影方向を矢印で明示