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