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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開始（指定）予定日 | 　　年　　月　　日 | 事業所名 |  |
| 申請担当者職・氏名 |  |
| 申請に関する連絡先 | ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 必要事項 | **提出書類** | 申請者確認 | 説明、注意事項（＊） | 前橋市介護保険課確認 |
|  ． ． |  ． ． |
| 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、印＊印は、法務局の印鑑証明書で証明される印《法人以外の場合》開設者の住所、氏名、職名、印 |  |  |
| ２付表 | **付表７** | □ | ＊複数単位実施する場合は、付表７－１も添付 |  |  |
| ★法人の場合３申請者の登記事項証明書又は条例等 | **履歴事項全部証明書****（原本）** | □ | ＊当該事業を実施する旨の記載のあるもの＊申請日において発行から３月以内のもの |  |  |
| **法人設立認可証の写** | □ | ＊認可法人の場合に添付 |  |  |
| **公報の写** | □ | ＊条例の場合に添付 |  |  |
| ４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 | **病院の使用許可証の写****診療所の使用許可証又は届出書の写** | □ | ＊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 |  |  |
| ５従業者の勤務体制及び勤務形態 | **勤務形態一覧表** | □ | 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）＊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名以上の場合**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** | □ | ＊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６参照） |  |  |
| **事業所の組織体系図** | □ | ＊兼務者がいる場合は、兼務先の事業所・職務内容等がわかるように記載 |  |  |
| **法人の組織体系図** | □ | ＊事業所名、所在地を記載 |  |  |
| **兼務先の勤務形態一覧表** | □ | ＊兼務者がいる場合に添付 |  |  |
| ６経験看護師★経験看護師を配置する場合 | **経験看護師経歴書** | □ | 経験看護師の住所、氏名、電話番号、生年月日、最終学歴以降の経歴、当該事業に関する資格等＊管理者就任、兼務状況もわかるように記載 |  |  |
| **経験看護師従事証明書****（参考様式）** | □ |  |
| ７事業所の平面図及び設備の概要 | **平面図** | □ | 建物全体の平面図及び当該事業に関する平面図＊各室の名称・面積を明示したもの＊Ａ４版又はＡ３版のもの＊専有部分と他との共有部分を色分け |  |  |
| **【必要な設備】**◆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◆浴室（入浴介助体制加算を算定する場合）◆リハビリテーションを行うための機械及び器具◆消防設備その他の非常災害に際して必要な設備◆その他の設備 |
| **備品一覧表** | □ | ＊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 |  |  |
| **写真** | □ | ＊事業所の外観（建物全体）及び必要な設備・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 |  |  |
| ８運営規程 | **運営規程** | □ | ＊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、料金表にするなどして、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虐待の防止のための措置に関する事項⑧サービス利用に当たっての留意事項⑨非常災害対策⑩その他運営に関する重要事項＊研修、秘密保持等 |  |  |
| ９利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | **利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（参考様式６）** | □ | ＊次の事項について、具体的かつわかりやすく記載①事業者として、利用者等からの相談・苦情等に対応する常設の窓口（連絡先・受付時間）・担当者の設置②円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順③その他参考事項 |  |  |
| 10誓約書 | **誓約書** | □ | 介護保険法の欠格事由に該当しない旨の誓約書 |  |  |
| 11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** | □ |  |  |  |
| **介護給付費算定に係る体制等状況一覧表** | □ |  |  |  |
| **規模別報酬区分計算表****（通所リハビリテーション用）** | □ |  |  |  |
| **該当体制等に係る別紙、添付書類** | □ |  |  |  |
| 12提出書類の確認 | **提出確認票** | □ | 本票 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 他法令 | **確　認　事　項** | **申請者****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は、指定申請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。