

通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション） 申請書類作成のポイント

■ 提出書類		
チェック箇所	チェック項目	
□ 指定居宅サービス事業者（指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者）指定（許可）申請書【第1号様式（第3条）】		
申請欄	□ 申請者の住所、氏名が保険医療機関の指定通知書の「申請者」と一致している。	※介護老人保健施設併設の場合は、申請者は法人代表者、住所は法人所在地となります。
申請者	□ 名称、主たる事務所の所在地が保険医療機関の指定通知書の記載と一致している。 □ 法人の電話番号、FAX番号を記載している。 □ 法人の種類、法人の所轄庁を記載している。（個人開設の場合は、空欄で可）	※介護老人保健施設併設の場合、名称と主たる事務所の所在地は介護老人保健施設本体と同一です。 ※謄本に記載されている住所では郵便物が届かない場合は、ビル名や部屋番号などを記載してください。 ※電話番号、FAX番号の記載間違いに注意してください。
事業所又は施設	□ 所在地は、保険医療機関の指定通知書の住所と一致している。 □ 電話番号を記載している。	※電話番号の記載間違いに注意してください。
同一所在地内において行う事業又は施設の種類の種類	□ 申請するサービスの実施事業欄に「◎」が記載されている。 □ 指定介護予防サービスを行う場合、実施事業欄に「◎」を記載している。 □ 既に同一事業所名、同一所在地で指定を受けている事業がある場合には実施事業欄に「○」と記載し、指定（許可）年月日欄に指定を受けた日付を記載している。また、介護保険事業所番号欄に既に指定を受けている事業所の事業所番号を記載している。	
その他	【病院又は診療所内で行う場合】 □ 医療機関コード等欄に保険医療機関コードを記載している。	
□ 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項（付表7）		
事業所	□ 申請書に記載した事業所名称、所在地と一致している。 □ 電話番号、FAX番号を記載している。	※電話番号、FAX番号の記載間違いに注意してください。
管理者	□ 住所は管理者の自宅住所を記載している。 ※管理者は通所リハビリテーション事業所の従業者に基準の内容を遵守させるため、必要な指揮命令を行うものとされています。 病院等の院長が通所リハビリテーション事業所の管理者を兼務する場合であって、実質的な管理を別の職員に委ねる場合は『管理者代行』を選任してください。	※人員基準を確認してください。 <参考>運営の手引き

	従業者の職種・員数	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表、運営規程の員数と一致している。	
	設備に関する基準の確認に必要な事項	<input type="checkbox"/> (利用定員) <input type="checkbox"/> 利用定員は運営規程と一致している。 <input type="checkbox"/> (専用の部屋等の面積) <input type="checkbox"/> 平面図より算出した面積を記載している。 <input type="checkbox"/> (営業時間) <input type="checkbox"/> 営業時間は事業所が開いている時間を記載している。 <input type="checkbox"/> 必要に応じて「サービス提供時間○：○○～○：○○」を記載している。	※複数単位を設定する場合は、付表7（別紙）に単位毎に記載してください。
<input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表			
	サービス種類	<input type="checkbox"/> 介護予防サービスも併せて行う場合、両サービス名を記載している。	
	第1週～第4週	<input type="checkbox"/> 管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数（4週間分）を記載している。 <input type="checkbox"/> 記載された勤務時間が雇用契約書や労働条件通知書に記載された雇用条件（勤務日、勤務時間、勤務場所及び職務内容等）と整合が取れている。 <input type="checkbox"/> 常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務時間は、32時間以上となっている。 <input type="checkbox"/> 曜日を正しく記載している。 <input type="checkbox"/> 氏名は資格証等のものと一致している。 <input type="checkbox"/> 同一事業所内の他の職務や同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合、それぞれの職務に係る就業時間を按分して記載している。（ダブルカウントはできません。） <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（予防含む）に勤務する時間のみ記載し、介護老人保健施設に勤務する時間は除いている。	※職員の氏名を記載する際は、 「高と高、崎と崎、恵と恵」などに注意してください。 ※人員基準についてご質問の多い点を掲載しています。
<input type="checkbox"/> 従業者の資格証の写し			
		<input type="checkbox"/> 資格を必要とする職種について資格証の写しを添付している。（資格を必要としない職種は添付不要）	※勤務形態一覧表の順番に並べてください。
<input type="checkbox"/> 事業所の平面図			
	(リハビリを行う専用の部屋)	<input type="checkbox"/> 3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上（一体的な部屋）となっている。 <input type="checkbox"/> 内法により実測した寸法、縮尺を正確に記載し、求積の根拠を明示している。 <input type="checkbox"/> 面積算定の際、リハビリテーションを行うスペースとしての使用が想定されないもの（廊下、柱、書棚、事務スペース等）は面積から除外している。 <input type="checkbox"/> リハビリテーションを行うために必要な専用の器具、またテ	※通所リハビリテーション事業所の開設に際しては、介護保険法令のほか、医療法や併設の老健等の基準との関係もあるため、計画段階で医療機関または老健の所管課へご相談ください。

	<p>(消火設備その他非常 災害時に際して必要な 設備)</p>	<p>ーブル等の配置を記載している。</p> <p><input type="checkbox"/> 消火器等の消火設備や備品の配置場所を記載している。</p>	
--	--	--	--

□ 運営規程（料金表含む）		
	（運営規程）	<p>（事業の目的及び運営方針）</p> <p><input type="checkbox"/>記載している。</p> <p>（従業者の職種、員数及び職務内容）</p> <p><input type="checkbox"/>職種ごとに常勤、非常勤の別と員数を記載している。（複数単位を設定する場合は、単位毎に記載すること）</p> <p>（営業日及び営業時間）</p> <p><input type="checkbox"/>営業日、営業時間、サービス提供日、サービス提供時間を記載している。</p> <p>（利用定員）</p> <p><input type="checkbox"/>通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションを一体的におこなう場合、「通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションをあわせて〇人」と記載している。（複数単位を設定する場合は、単位毎に記載すること）</p> <p>（指定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）</p> <p><input type="checkbox"/>介護保険利用料以外で徴収するその他の費用（実施地域を越えた場合の交通費・食費・おむつ代等）も記載している。</p> <p>（通常の事業の実施地域）</p> <p><input type="checkbox"/>通常の事業の実施地域が市町村の一部地域とする場合、当該一部地域の具体的な範囲を明示している。</p> <p>（サービス利用に当たっての留意事項）</p> <p><input type="checkbox"/>記載している。</p> <p>（緊急時における対応方法）</p> <p><input type="checkbox"/>記載している。</p> <p>（非常災害時対策）</p> <p><input type="checkbox"/>記載している。</p> <p>（虐待の防止のための措置に関する事項）</p> <p><input type="checkbox"/>記載している。</p> <p>（その他運営に関する重要事項）</p> <p>次の項目が記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/>従業者の研修（採用時研修、継続研修の頻度）</p> <p><input type="checkbox"/>従業者及び従業者の退職後の秘密保持</p> <p>（その他）</p> <p><input type="checkbox"/>介護予防通所リハビリテーションの指定も併せて受ける場合、介護予防通所リハビリテーションの運営規程も作成している。（ただし、内容が網羅されていれば、通所リハビリテーションと一体的に作成しても構いません。）</p> <p><input type="checkbox"/>附則の施行日は事業開始予定日を記載している。</p>

	(料金表)	<input type="checkbox"/> 介護保険利用料以外で徴収する費用も料金表に記載している。 <input type="checkbox"/> 利用者負担額は、「居宅サービス料金早見表」を参考にして利用者負担額（1割、2割、3割）を計算している。	
<input type="checkbox"/>	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要		
		<input type="checkbox"/> 苦情等に対応する担当者名、職種を記載している。 <input type="checkbox"/> その他参考事項には、苦情が出ないための具体的な方策を記載している。	
<input type="checkbox"/>	誓約書		
		<input type="checkbox"/> 申請者の住所、氏名は、申請書の住所、氏名（法人名、代表者名）と一致している。	
<input type="checkbox"/>	介護給費算定に係る体制等に関する届出書		
		<input type="checkbox"/> 申請者の住所、氏名は、指定（許可）申請書の住所、氏名（法人名、代表者名）と一致している。 <input type="checkbox"/> 提供するサービスの実施事業欄に「○」を記載し、異動年月日欄に事業開始予定年月日を記載している。	※加算を算定しない場合であっても作成してください。
<input type="checkbox"/>	介護給費算定に係る体制等状況一覧表		
		<input type="checkbox"/> 提供サービス、施設等の区分、その他該当する体制等、割引、地域区分のそれぞれの欄の該当箇所の番号を「○」で囲んでいる。 <input type="checkbox"/> 加算を算定しない場合は「なし」に○を記載している。	※加算を算定しない場合であっても作成してください。
<input type="checkbox"/>	チェック表等の添付書類【加算を算定する場合のみ】		
		<input type="checkbox"/> 法人名、法人代表者の職及び氏名を記載している。 <input type="checkbox"/> チェック表項目（算定要件）のチェックを行っている。	※添付書類にもれはないか確認してください。
		<p>※ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出の様式等の掲載場所 横浜市高齢者福祉の案内 →事業者の方へ→メニュー 2. 施設・居宅サービス→書式ライブラリー →3. 加算届→8. 通所リハビリテーション</p>	
<input type="checkbox"/>	申請手数料 (みなし指定の場合は、不要です。)		