

別紙5 居宅療養管理指導事業者・介護予防居宅療養管理指導事業者の指定に係る審査事項

※受付番号																
事業所	フリガナ															
	名称															
	所在地	(郵便番号 -)														
		(ビルの名称等)														
	直通連絡先	直通電話番号						FAX番号								
E-mail																
種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局															
提供する居宅療養管理指導等の種類	医師				歯科医師				薬剤師							
	歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師							管理栄養士								
管理者	フリガナ					(郵便番号 -)										
	氏名				住所					生年月日						
従業者の職種及び員数	医師				歯科医師				薬剤師			歯科衛生士			管理栄養士	
	常勤(人)															
	非常勤(人)															
利用者の推定数(人)																
主な掲示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日						
		平日	時分から時分まで			土曜	時分から時分まで			日曜又は祝日	時分から時分まで					
	営業時間	(備考)														
		法定代理受領分														
	利用料	法定代理受領分以外														
その他の費用																
通常の実施地域	①				②				③				④			⑤
	(備考)															

注1 ※印の欄は、記入しないこと。

2 □のある欄は、該当する□の中に \surd 印を付すこと。

3 「従業者の職種及び員数」の欄のうち、歯科衛生士の員数は、歯科衛生士が行う居宅療養管理指導又は介

護予防居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を含めて記入して差し支えないこと。

4 次に掲げる書類を添付すること。

- (1) 申請者の登記事項証明書又は条例等（当該申請に係る事業所が法人以外の者の開設する病院、診療所又は薬局であるときを除く。）
- (2) 事業所の平面図
- (3) 運営規程
- (4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
- (5) 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第114条第1項第10号に規定する誓約書
- (6) 申請者が、病院又は診療所において当該申請に係る事業を行おうとするときは、当該病院にあっては使用許可証、当該診療所にあっては使用許可証又は届書、国の開設する当該病院又は当該診療所にあっては承認書又は通知書の写し
- (7) 申請者が、薬局において当該申請に係る事業を行おうとするときは、開設許可証の写し
- (8) 当該指定居宅サービス又は指定介護予防サービス以外のサービスを実施しようとするときは、当該指定居宅サービス又は指定介護予防サービスに係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表

5 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。