

# 訪問リハビリテーション事業者指定申請書 チェックリスト

受付番号		審査年月日	平成	年	月	日
申請者		担当者				
事業所名						

表	確認箇所	確認項目	適	不	備考	
第4号様式	1 申請（開設）者	①申請者は法人格を有しているか ②主たる事務所の所在地には、番地名、ビルの名称まで記載されているか ③その他不備はないか				
	付表	1 事業所	①事業所の名称及び所在地は第5号様式の指定を受けようとする事業所の名称及び所在地と一致するか			
		2 当該事業の実施について定めている条例等	①条例等の条文と一致するか			
		3 管理者	①記載されているか			
		4 従業者	①医師が適当数いるか ②理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適当数いるか			
4	5 主な掲示事項	①添付書類4の運営規程と記載内容が一致するか 1) 営業日・その他年間の休日 2) 営業時間 3) 利用料 4) その他の費用 5) 通常の事業の実施地域				
添付書類	1 申請者の登記事項証明書又は条例等	①添付されているか ②法人が行う事業に訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーションが規定されているか				
	2 事業所の従業者等の資格を有することを証する書類	①添付されているか ②医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の資格を有しているか ③氏名等が勤務形態一覧表と合致しているか。合致していない場合は、戸籍抄本写しのコピー等姓改正等が確認できる書類が添付されているか				
	3 事業所の位置図及び平面図	①添付されているか ②当該事業所に使用する区画が明確にされているか				
	4 運営規程	①添付されているか ②規則第22条に規定された各項目について適切に記載されているか 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 4) 指定訪問リハビリテーションの利用料及びその他の費用の額 5) 通常の事業の実施地域 6) <b>苦情処理に関する事項</b> 7) <b>虐待防止に関する事項</b> 8) その他運営に関する事項				
	5	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	①添付されているか ②参考様式6に示された項目についての記載があるか			
報酬	6 居宅サービス費の請求に関する書類	①添付されているか ②必要な書類は添付されているか				
生保	7 <b>指定介護機関（生活保護法）のみなし指定に係る確認書</b>	①添付されているか ②記載事項に不備はないか				

## 不適正と判断した項目の処理状況

受付番号		連絡年月日	平成 年 月 日
申請者		担当者	
事業所名		連絡相手方	

No.	不適正と判断した項目	連絡内容	補正完了
1			・差し替え ・追加送付 ・その他 (                    ) 月 日完了
2			・差し替え ・追加送付 ・その他 (                    ) 月 日完了
3			・差し替え ・追加送付 ・その他 (                    ) 月 日完了
4			・差し替え ・追加送付 ・その他 (                    ) 月 日完了
5			・差し替え ・追加送付 ・その他 (                    ) 月 日完了
6			・差し替え ・追加送付 ・その他 (                    ) 月 日完了
7			・差し替え ・追加送付 ・その他 (                    ) 月 日完了
8			・差し替え ・追加送付 ・その他 (                    ) 月 日完了