

通所リハビリテーション事業者指定申請書 チェックリスト  
(病院・診療所)

--

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

頁	確認箇所	確認項目	適	不	理由
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申請に係る事業所が法人以外の者の開設する病院又は診療所であるときは、開設者の氏名及び住所が記載されているか			
		③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			
		④その他不備はないか			
付 表	2 指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	①事業開始予定年月日が記載されているか			
		②添付書類 11 と医療機関コード等が一致するか			
		③その他不備はないか			
7   1	1 事業所	・事業所の名称及び所在地は参考様式 20 「建物所有誓約書」又は「賃貸借契約書」(賃貸物件の場合)と合致するか			
	2 当該事業の実施について定めてある条例等	①記載されているか ②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 ②基準第 1 1 6 条第 1 項の規定により管理者代行者が選任されている場合、その者は必要とされる資格を有しているか			
	4 実施単位数	①単位数の記載があるか ②単位別従業者等の記載(付表 7 及び付表 7 (別紙))は、実施単位数に対応しているか			
	5 医師	①専任の常勤医師が 1 人以上勤務しているか ②(同時利用者の数 10 人以下の診療所)1 日の利用者 48 人につき専任の医師が 1 人以上勤務しているか			
	6 単位別従業者	①提供時間帯を通じて「専従」の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員が、以下の数確保されているか。 (利用者の数 10 人以下) 1 以上 (利用者の数 11 人以上) 単位毎に利用者の数を 10 で除した数以上 ②①のうち、リハビリテーション提供時間帯を通じて「専従」の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、単位毎に利用者の数を 100 又はその端数を増す毎に 1 名以上確保されているか			

		(診療所)リハビリテーション提供時間帯を通じて「専従」の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が経験看護師が、常勤換算方法で 0.1 以上確保されているか		
	6 専用の部屋等の面積	利用定員×3平方メートル以上の面積が確保されているか		
	7 主な掲示事項	①添付書類8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) 利用定員 4) 利用料 5) その他の費用 6) 通常の事業の実施地域 ②その他記載事項に不備はないか		
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が規定されているか。		
	2 病院の使用許可証、診療所の使用許可証又は届書の写し	①添付されているか		
	3 介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写し	不要		
	4 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	①添付されているか ②勤務形態一覧表にある従業者はすべて記載されているか ③医師、看護職員等の員数及び勤務形態は、付表7の「従業者」及び付表7(別紙)の「単位別従業者」欄の記載事項と一致するか ④常勤換算は適正に算出されているか ⑤その他記載事項に不備はないか		
	5 事業所に係る組織体制図	①添付されているか ②勤務形態一覧表にある従業者はすべて記載されているか ③事業所の組織体制が簡明に記載されているか ④他事業所との兼務関係が確認できるか ⑤その他記載事項に不備はないか		
	6 医師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(不足はないか) ②有している資格等は職種毎に必要とされている資格等と合致するか ③氏名等が鮮明に確認できるか ④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改姓が確認できる書類が添付されているか ⑤その他不備はないか		
添付				

書 類	7	経験看護師等の 経歴書	①添付されているか（不足はないか） ②証明者の証明印があるか				
	8	事業所の平面図 、位置図、設備 の概要	①添付されているか ②付表7（その1）に記載された「専用の部屋等の面 積」の数値と合致するか				
	9	消防法の検査済 証等	消防法に基づく検査済証又は消防法令適合通知書の写 しが添付されているか				
	10	運営規程	①添付されているか ②基準第117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) 指定通所リハビリテーションの利用定員 5) 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 6) 通常の事業の実施地域 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) <b>苦情処理に関する事項</b> 10) <b>虐待防止に関する事項</b> 11) その他運営に関する重要事項				
	11	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				
	12	既に付番されている医療機関コ ード等を確認できる書類	①添付されているか（医療機関コード等を有する場合） ②付番されているコードが確認できるか				
	13	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加算を請求する場合に必要な書類がそろっているか				
	生 保	14	<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			<ul style="list-style-type: none"> <li>・差し替え</li> <li>・追加送付</li> <li>・その他</li> </ul> ( ) 月 日完了
2			<ul style="list-style-type: none"> <li>・差し替え</li> <li>・追加送付</li> <li>・その他</li> </ul> ( ) 月 日完了
3			<ul style="list-style-type: none"> <li>・差し替え</li> <li>・追加送付</li> <li>・その他</li> </ul> ( ) 月 日完了
4			<ul style="list-style-type: none"> <li>・差し替え</li> <li>・追加送付</li> <li>・その他</li> </ul> ( ) 月 日完了
5			<ul style="list-style-type: none"> <li>・差し替え</li> <li>・追加送付</li> <li>・その他</li> </ul> ( ) 月 日完了
6			<ul style="list-style-type: none"> <li>・差し替え</li> <li>・追加送付</li> <li>・その他</li> </ul> ( ) 月 日完了
7			<ul style="list-style-type: none"> <li>・差し替え</li> <li>・追加送付</li> <li>・その他</li> </ul> ( ) 月 日完了
8			<ul style="list-style-type: none"> <li>・差し替え</li> <li>・追加送付</li> <li>・その他</li> </ul> ( ) 月 日完了