**指定介護予防訪問リハビリ・訪問リハビリ事業所事前提出書類**

１　事業所の概要（指導日の前月の概要）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業者番号 |  |
| 事業所 | 名　称 |  |
| 住　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL |
| 従業者 | 勤務形態職 | 常勤 | 非常勤 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 医師 |  |  |  |  |
| 理学療法士 |  |  |  |  |
| 作業療法士 |  |  |  |  |
| 言語聴覚士 |  |  |  |  |

２　サービスの提供状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供月 | 年月 | 年月 | 年月 | 年月 | 年月 | 年月 | 年月 | 年月 | 年月 | 年月 | 年月 | 年月 |
| 介護予防利用者数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問リハ利用者数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）利用者数は、介護報酬請求に係る実利用者数を記入すること。（過去１年間）

○　添付資料

　①従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（直近２ヶ月分）

　②サービス提供体制強化加算要件確認表（注）（指導日の前月の就業状況を記入）

　　　（注）　サービス提供体制強化加算を算定している事業所のみ提出すること

　③指導月初日現在の法人組織図、職員配置図（兼務状況確認のため）