**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**

**事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　運営指導日　　令和　　年　　月　　日**

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。（直近１２ヶ月分）

３　報酬関係

|  |  |
| --- | --- |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | 有　　・　　無 |
| 短期集中リハビリテーション実施加算 | 有　　・　　無 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | 有　　・　　無 |
| 退院時共同指導加算 | 有　　・　　無 |
| 同一建物減算 | 有　　・　　無 |
| 診療未実施減算 | 有　　・　　無 |
| 12月超減算 | 有　　・　　無 |

４　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１ヶ月分の**実績**）

　２）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）

以下は加算を算定している事業所のみ提出すること。

３）サービス提供体制強化加算要件確認表（指導日の前月末の就業状況を記載すること）

　 　※前年度実績が6月に満たない場合は、算定開始月からの実績を記載すること。

※サテライト事業所がある場合は、本体事業所及びサテライト事業所ごとに作成してください。