付表５　居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所の指定に係る記載事項

受付番号	

事業所	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文			第　　条第　　項第　　号		
病院、診療所、薬局の別					
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏名				
	生年月日				

従業者の職種・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）						

主な掲示事項	営業日		
	営業時間		
	利用料	法定代理受領分（一割負担分）	
		法定代理受領分以外	
	その他の費用		
	通常の事業実施地域		
添付書類		別添のとおり	

備考　1　「受付番号」欄には、記入しないでください。
2　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
3　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
4　保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所若しくは保険薬局が行うものについては、法第 71 条第１項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
5　「歯科衛生士」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。
6　当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。