

## 通所リハビリテーション（介護予防含む）を行うには

通所リハビリテーション（介護予防含む）を行う保険医療機関は、サービスを提供し、介護報酬の請求を行うために別途「介護給付費算定に係る体制等に関する届出」等が必要です。なお、届出は加算届の取扱いと同様に毎月15日が締切となりますが、人員・設備基準等の確認が必要となるため、ご予約の上、窓口にご提出ください。

- (1) 保険医療機関指定時に、既に必要な体制を整えている場合には、指定月15日までに必要書類を揃え、ご予約の上、窓口にご提出ください。
- (2) 必要な体制を整えてから算定する場合は、算定月の前月15日までに必要書類を揃え、ご予約の上、窓口にご提出ください。

※ 介護老人保健施設で通所リハビリテーション（介護予防含む）を行う場合は、福祉部高齢者いきいき課施設整備担当にお問い合わせください。

### 体制の届出に係る添付書類一覧 【居宅サービス・通所リハビリテーション】

- ※ □欄に✓を入れ、添付して下さい。
- ※ 太字の書類は、各様式を使用して下さい。記載の仕方については「記入例」を参照して下さい。
- ※ 下記提出書類一覧以外にも、追加で書類の提出を求める場合があります。

※ 各提出書類（青色）をクリックすると様式をダウンロードすることができます。様式がダウンロードできなかった場合は[様式等集約（こちら）](#)から必要な書類をダウンロードしてください。

□欄	提出書類	様式	備考
<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	<a href="#">【加算様式1-2】</a>	
<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	<a href="#">【加算様式2-1-6】</a>	各加算の添付書類については加算必要書類一覧（通リハ）を参照下さい
<input type="checkbox"/>	（介護予防）通所リハビリテーションの指定に係る記載事項	<a href="#">【付表7-1】</a>	「従業員の職種・員数」は、「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」の員数と一致させて下さい。
<input type="checkbox"/>	（介護予防）通所リハビリテーションの指定に係る記載事項	<a href="#">【付表7-1（別紙）】</a>	2単位以上実施する事業所の場合は添付して下さい。
<input type="checkbox"/>	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	<a href="#">【参考様式1-1】</a>	兼務の場合は時間数を按分し、職種ごとに記載して下さい
<input type="checkbox"/>	従業員の資格証の写し		
<input type="checkbox"/>	経験看護師の経歴書（該当する場合）	<a href="#">【参考様式2】</a>	
<input type="checkbox"/>	事業所の平面図	<a href="#">【参考様式3】</a>	用途や机、備品等の配置も明示して下さい。
<input type="checkbox"/>	外観及び内部の様子がわかるカラー写真		建物外観（正面、横）、事業所入口、施設（建物）、事務室、機能訓練室、トイレ、浴室、脱衣室、が分かる写真を添付して下さい。

下記の書類は提出不要ですが、それぞれ作成し、事業所内に掲示してください。

□欄	作成書類	様式	備考
□	運営規程		
□	料金表		
□	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	<a href="#">【参考様式6】</a>	

申請の前に以下の点もご確認ください

□	従業員（予定者）全員と雇用契約等を結び、契約書類を保管している。 ※現地確認を行う場合、その際にその時点での契約書の原本を確認します。
□	事業所、車両、保険等を運営法人で直接保有、賃借、契約している。 あるいは、手続きを進めている。

担当者連絡先	
提出いただいた申請書類に記載された内容等について問い合わせをする際の担当者名と連絡先を記入して下さい。	
事業所名	
担当者名	
連絡先	(電話) (FAX)