

**脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料の  
維持期のリハビリテーションにおける施設基準に係る届出添付書類**

1. 次の区分のうち、指定を受けている介護保険サービスに○をつけ、指定年月日、指定番号を記入のこと。

介護保険サービス名		指定の有無	指定年月	指定番号
①	通所リハビリテーション		平成 年 月	
②	介護予防通所リハビリテーション		平成 年 月	

2. 過去 1 年間の提供実績

（算出期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日）

介護保険サービス名		提供実績(実人数)
③	通所リハビリテーション	人
④	介護予防通所リハビリテーション	人
合計		人

**[記載上の注意]**

1. 指定については、介護保険法第 7 1 条に定める指定居宅サービス事業者の特例（みなし指定）による指定も含む。
2. 通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションの指定もしくは提供実績が確認できる資料（指定通知書等）を添付すること。