

指定を不要とする旨の申出書

令和 年 月 日

大分県知事 殿

住所（所在地）

開設者

氏名（名称及び代表者氏名）

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

医科	歯科	薬局	医療機関コード						
医療機関			名 称						
			所 在 地						
電 話 番 号									
メールアドレス									
管 理 者			氏 名						
			住 所						
指定不要とする居宅サービスの種類 <u>※指定を不要とする居宅サービスに○印を付してください。</u>			1 訪問看護 2 訪問リハビリテーション 3 居宅療養管理指導 4 通所リハビリテーション 5 短期入所療養介護 6 介護予防訪問看護 7 介護予防訪問リハビリテーション 8 介護予防居宅療養管理指導 9 介護予防通所リハビリテーション 10 介護予防短期入所療養介護						

- 備考 1 指定を不要とする居宅サービスについて○印を付してください。
- 2 1～10の全ての（薬局にあっては3及び8の）居宅サービスを実施する場合、この申出書を提出する必要はありません。その場合は別紙1をメール（okhosyu@pref.oita.lg.jp）にて提出してください。
- 3 通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションのみなしの指定の対象は、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第1医科診療報酬点数表の脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料に係る施設基準に適合しているものとして届出をしている医療機関を想定しています。
- 4 連絡先が変更になったときは、ご連絡ください。