別紙様式

令和　　年　　月　　日

サテライト事業所利用計画書（訪問リハビリ）

事業所番号

事業所名

サテライト事業所について次の項目について記入のこと

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 説　明 |
| １　サテライト事業所の使用目的及び必要とする理由  　（具体的に記入すること） |  |
| ２　サテライトの適正運営に係る確認事項（チェックを入れる） | □サテライト事業所に理学療法士、作業療法士又は言語聴覚　士を配置している  □サテライト事業所の建物は法人が所有若しくは賃借 |
| ３　利用申込みに係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導を行う担当者 | 職　名  氏　名  （本体事業所の管理者が行うこと） |
| ４　勤務体制、勤務内容等の管理を行う担当者 | 職　名  氏　名  （本体事業所の管理者が行うこと） |
| ５　本体事業所とサテライト事業所の位置関係 | 本体事業所の所在地  サテライト事業所の所在地  距離　　　　　　km  移動時間　　　時間　　　分（交通手段　　　　　　　　）  サテライトは、特別地域加算の対象地域に（該当・非該当） |
| サテライトは、中山間地域等小規模事業所加算対象地域に  （該当・非該当）  リハビリテーションマネジメント加算の届出（あり・なし）  サービス提供体制強化加算の算定（あり・なし） |
| ６　本体事業所とサテライト事業所の相互支援体制（急病等による代替要員の派遣等）  （相互支援体制を具体的にどのような手段で確保しているか） |  |
| ７　苦情処理や損害賠償等の対応を行う担当者 | 職名  氏名  （本体事業所の管理者もしくは開設者が行うこと） |
| ８　人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理を行う担当者 | 職名  氏名  （本体事業所の管理者が行うこと） |