施設認定に関する申請書（高度専門医療リワーク・医療リワーク）
施設に関する基本情報

年　　月　　日

申請区分（○をつける）	高度専門医療リワーク　・　医療リワーク		
ﾌﾘｶﾞﾅ 医療機関名			
所在地　〒			
最寄りの交通機関			
患者の住居地域			
患者の利用する交通機関			
電話番号　－　－		FAX 番号　－　－	
URL　https://			
施設長名 e-mail：		施設管理者名 e-mail：	
診療報酬上のリワークプログラム実施方法（複数回答可） □デイケア　□ショートケア　□ナイトケア　□デイナイトケア □　精神科作業療法　□通院集団精神療法　□自由診療 □　その他（　　）			
デイケアの規模 （○をつける）	大規模　・　小規模		
健康保険適用 （○をつける）	適用　・　自費　・　その他		
開始時期　年　月より開始		1 日の平均利用者数　名	
プログラム開催日（○をつける） 月・火・水・木・金・土・日		プログラム開催時刻 時　分~　時　分、　時　分~　時　分	
施設の専用度 （○をつける）	リワーク対象者専用　・　多目的参加者との混在利用		
勤労状況の条件 （○をつける）	休職者　・　失職者　・　復職者　・　条件なし		
主治医の条件 （○をつける）	主治医変更必須・原則変更例外有り・患者の意思・条件なし		
事務局より受理した旨の連絡をします。連絡先が上記施設代表者・管理者と異なる場合は記入してください。 連絡担当者名：　連絡先 e-mail：			