付表１６－３　　介護療養型医療施設の指定に係る記載事項（診療所による場合）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受付番号 | | | | |  | | |
|  | | | | | | | |
| 施　　　　　　設 | フリガナ | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | （郵便番号　　　－　　　）  県 　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | | | | |
| メールアドレス | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療所の開設年月日 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管　　理　　者 | フリガナ | | | | |  | | | | | | | 住 所 | | | （郵便番号　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | | | |  | | | | | | |
| 生年月日 | | | | |  | | | | | | |
| 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は  施設の従業者との兼務  (兼務の場合のみ記入) | | | | | | | | | 名　称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 全病床数 | | | | | 療養病床の  病床数 | | | | | | 左のうち申請する  病床数 | | | | | | | | | | 療養病床の  平均入院患者数 | | | | | | 完全型 | | | | 転換型 |  |
| (該当する方に○) | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 入院患者に対する看護･介護に  従事している従業者の職種･員数 | | | | | | | | | | | 看護職員 | | | | | | | | | 介護職員 | | | | | | 介護支援専門員 | | | | |  | |
| 専従 | | | | 兼務 | | | | | 専従 | | 兼務 | | | | 専従 | | | 兼務 | |
|  | | 常　勤(人)  非常勤(人) | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | |
| 常勤換算後の人数（人） | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 基準上の必要人数（人） | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 療養病床部分の設備基準上の数値記載項目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 基準上の必要数値 | | | | | | | | 適合の可否 | |
|  | | 病  室 | 1室の最大病床数 | | | | | | | | | | | | | | | 床 | | | | | 床以下 | | | | | | | |  | |
| 入院患者１人当たり最小床面積 | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | ㎡以上 | | | | | | | |  | |
| 廊 下 | 片廊下の幅 | | | | | | | | | | | | | | | ｍ | | | | | ｍ以上 | | | | | | | |  | |
| 中廊下の幅 | | | | | | | | | | | | | | | ｍ | | | | | ｍ以上 | | | | | | | |  | |
| 食堂面積 | | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | ㎡以上 | | | | | | | |  | |
| 主な掲示事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 入所患者の定員 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | 法定代理受領分 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | |

備考 １　｢受付番号｣､｢基準上の必要人数｣､｢適合の可否｣及び｢基準上の必要数値｣欄は､記載しないでください。

　　 ２　｢当該事業所で兼務する他の職種｣及び｢同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務｣欄は､管理者が兼務する場合に記載してください。

　　 ３　介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には､その員数を､｢介護支援専門員｣欄に記載してください。

４　｢主な掲示事項｣欄については､この欄の記載に代えて､別に資料を添付して差し支えありません。

　　 ５　記載欄が不足する場合は､適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

　　 ６　当該介護療養型医療施設サービス以外のサービスを実施する場合は､当該介護療養型医療施設サービスの部分とそれ以外のサービスの部分について料金の状況が確認できる料金表を添付してください。