付表９　短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所の指定に係る記載事項

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | | フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | （郵便番号　　　－　　　）  　　　　　県　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | | |  | | | | | |
| メールアドレス | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所種別 | | | | | | ①介護老人保健施設 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | （該当に○を記入） | | | | | | |
| ②指定介護療養型医療施設 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| ③療養病床を有する病院・診療所 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| ④診療所 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| ⑤老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 指定申請を行う病棟部分の入院患者または利用者の定員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | |
| 指定申請を行う病棟部分の入院患者の数（上記④⑤に該当の場合記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | |
| 管理者 | | | フリガナ | | | |  | | | | | | | | 住所 | | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | | | |  | | | | | | | |
| 指定申請を行う病棟部分の従業者の  職種・員数（④⑤の場合記入） | | | | | | | | | | | 担当医師 | 看護職員 | | | | 介護職員 | | | | | | 作業療法士 | | | | | 精神保健福祉士等 | | | 一看護単位 |
| 専従 | | 兼務 | | 専従 | 兼務 | | | | | 専従 | 兼務 | | | 専従 | | 兼務 | | あたりの病床数 |
|  | 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 | | | | | | | | | |  |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |
| 指定申請を行う病棟（病室）部分の設備基準上の数値記載項目（④⑤の場合記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 基準上の必要数値 | | | | | | | | 適合の可否 | |
|  | ④ | | | 入院患者1人当たり床面積 | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | ㎡以上 | | | | | | | |  | |
| ⑤ | | | 病室 | １病室の病床数 | | | | | | | | 床 | | | | | | | | 床以下 | | | | | | | |  | |
| 入院患者１人あたり床面積 | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | ㎡以上 | | | | | | | |  | |
| 老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積 | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | ㎡以上 | | | | | | | |  | |
| 廊下 | 片廊下の幅 | | | | | | | | ｍ | | | | | | | | ｍ以上 | | | | | | | |  | |
| 中廊下の幅 | | | | | | | | ｍ | | | | | | | | ｍ以上 | | | | | | | |  | |
| 生活機能回復訓練室面積 | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | ㎡以上 | | | | | | | |  | |
| デイルームと面会室の合計面積 | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | ㎡以上 | | | | | | | |  | |
| 主な  掲示事項 | | | | 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の送迎の実施地域 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | | | | | 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 ｢指定申請を行う病棟部分の入院患者又は利用者の定員｣欄は､短期入所療養型介護に供する病棟に係る員数を記載してください。

　 ３ ｢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。

　 　４ 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下さい。