付表１５－４ 介護老人保健施設の許可に係る記載事項（ユニット型）（その２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設を共用する事業所等の  名称(共用する場合記入) | | | | | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |
|  | ユニット数 | | | | | | ユニット | | | | | | | | － | | | | | － | | |
| ユニットの定員 | | | | | | ～　　　人 | | | | | | | | 人 | | | | |  | | |
| 個室の面積 | | | | | | ㎡ | | | | | | | | ㎡ | | | | |  | | |
| ユニット内の共同生活室の面積 | | | | | | ㎡ | | | | | | | | ㎡ | | | | |  | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 機能訓練室面積 | ㎡ | ㎡以上 |  | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | ㎡ | | | | |  | | |
| 主 掲  な 示  事  項 | | 入 居 定 員 | | 人 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | 法定代理受領分 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所リハビリテーションの状況 | | | | 理学療法士 | | | | 作業療法士 | | 言語聴覚士 | | | | | | 看護職員 | | | 介護職員 | | |  |
|  | 従業者の職種･員数 | | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | |  |
|  | 常 勤（人） | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | |
| 非常勤（人） | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | |
| 基準上の必要人数(人) | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | |
| 適合の可否 | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | |  |
| 専用の部屋等の面積 | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | | | 基準上の必要数値 | | | 適合の可否 | |
| ㎡以上 | | |  | |
| 営 業 日 | | | | 単位ごとの営業日 | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 営業時間  (単位毎の実施時間を明示) | | | | (①　 　:　　～　　: 　　② 　　:　 　～　 　:　 　③　　:　 ～　　:　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | | | 人(単位ごとの定員①　　　　　人､②　　　　　人､③　　　　　人) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 協  力  医機  療関 | | 名 称 |  | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | |  | | | | | |
| 名 称 |  | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | |  | | | | | |
| 名 称 |  | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | |  | | | | | |
| 名 称 |  | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | |  | | | | | |
| 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　｢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　｢通所リハビリテーションの実施の有無｣欄は、｢有・無｣のいずれか一方に｢○｣を付してください。

　　　　 通所リハビリテーションを実施していない場合は、｢１日当たりの通所総利用者予定数｣及び｢通所リ　　　 ハビリテーションの状況｣欄の記載を要しません。

４　｢短期入所療養介護の実施の有無｣欄は、｢有・無｣のいずれか一方に「○｣を付してください。

５　｢従業者の職種・員数｣欄については、総数を記載してください。

６　｢施設を共有する事業所等の名称｣欄は、共有する場合に記載してください。

　　 ７ ｢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。

８　｢通所リハビリテーションの状況｣の｢営業時間｣欄は、単位ごとの実施時間を明示してください。

　　 ９　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い。

　 １０　当該介護老人保健施設サービス以外のサービスを実施する場合は､当該介護老人保健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。

　 １１　「ユニット型」で申請する場合は、「付表15-3」及び「付表15-4」を提出してください。