

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 -)								
		(ビルの名称等)								
	連絡先	電話番号	FAX番号							
メールアドレス			※必須							
事業所種別 (該当する種別に○を付してください。)	介護老人保健施設(a)									
	指定介護療養型医療施設(b)									
	療養病床を有する病院・診療所(c)									
	診療所(d)									
	老人性認知症疾患療養病棟を有する病院(e)									
指定申請に係る施設部分の入院患者又は入所者の定員		人								
指定申請を行う病棟部分の入院患者の数		人								
ユニットごとの利用定員(ユニット型の場合)		①	②	③	④					
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)								
	氏名	住所								
	生年月日									
従業者の職種・員数		医師		看護職員	介護職員	作業療法士				
				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										
		理学療法士		精神保健福祉士等		一看護単位あたりの病床数				
		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										
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要数値		適合の可否				
利用者1人あたり床面積		㎡		㎡以上						
居室	1室あたりの病床数		床		人以上					
	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						
耐火構造物、準耐火構造物の別										
主な揭示事項	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									
通常の事業の実施地域										
居室種別別利用定員		ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室	多床室					
		人	人	人	人					
添付書類		別添のとおり								

【記載上の注意】

- 1 「受付番号」、「基準上必要人数」、「基準上の必要数値」、「適合の可否」欄には記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「指定申請に係る施設部分の入院患者又は入所者の定員」欄は、当該施設のうち、短期入所療養介護に供する部分の定員について記載してください。
- 4 「指定申請を行う病棟部分の入院患者の数」欄及び「指定申請を行う病棟部分の従業者の職種・員数」欄は、事業所種別が、(d)又(e)の場合のみ記載してください。
- 5 「常勤換算後の人数」は小数点第2位以下を切り捨てた値です。
- 6 「設備基準上の数値記載項目等」欄は、事業所種別が、(d)又(e)の場合のみ記載してください。
また、(d)の場合は、「利用者1人あたり床面積」欄を、(e)の場合はそれ以外をの欄を記載してください。
- 7 「耐火構造物、準耐火構造物の別」欄には、「耐火構造物」又は「準耐火構造物」若しくは「その他」の別を記載してください。
- 8 介護老人保健施設、介護療養型医療施設が行うものについては、介護保険法第72条第1項の規定により、指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
- 9 今後、介護保険に関する本市からのお知らせ通知については、電子メールのみにすることを想定しているため、「メールアドレス」は必ず記載してください。