

付表17 介護医療院の許可に係る記載事項

		受付番号	
施設	フリガナ 名称		
	所在地	(郵便番号 -)	
	連絡先	電話番号	FAX番号
	メールアドレス		
管理	フリガナ 氏名	住所	(郵便番号 -)
	生年月日		
者	当該施設で兼務する他の職種(兼務の場合記入)		
	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	事業所番号
併設事業所の有無		有・無	併設事業所の名称、定員
通所リハビリテーションの実施の有無		有・無	短期入所者療養介護の実施の有無
入所者の予定数		人	一日当たりの通所総利用者予定数
従業者の職種・員数		医師	薬剤師
		専従	*兼務
		専従	*兼務
		看護職員	介護職員
		専従	*兼務
		専従	*兼務
介護医療院及び短期入所療養介護従事者数		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			
		PT・ST・OT	栄養士
		専従	*兼務
		専従	*兼務
		介護支援専門員	放射線技能技師
		専従	*兼務
		専従	*兼務
介護医療院及び短期入所療養介護従事者数		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			

付表17 介護医療院の許可に係る記載事項

		受付番号	
施設を供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
療養室	1室の最大定員	人	人
	入所者の1人当たり最小床面積	m ²	m ²
廊下	片廊下の幅	m	m
	中廊下の幅	m	m
機能訓練室面積		m ²	m ²
食堂面積		m ²	m ²
主な掲示事項			
入所定員		人	
建物の構造概要			
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			
通所リハビリテーションの状況			
従業者の職種・員数		理学療法士	作業療法士
		看護職員	介護職員
		常勤(人)	
		非常勤(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
専用の部屋等の面積		m ²	人
営業日			
営業時間 (単位毎の実施時間を明示)		① (: ~ :)	② (: ~ :)
		③ (: ~ :)	④ (: ~ :)
利用定員		人 (単位毎① 人、② 人、③ 人、④ 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			
協力医療機関			
名称		主な診療科目	
名称		主な診療科目	
名称		主な診療科目	
耐火構造物、準耐火構造物等の別			
添付書類		別添のとおり	

【備考】

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は、記載しないでください。
- 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業に記載した書類を添付してください。
- 従業者の員数については、総数を記載してください。
- 通所リハビリテーションを実施していない施設については、「一日当たりの通所総利用者予定数」、「通所リハビリテーションの状況」欄は記載を要しません。
- 当該介護医療院サービス以外のサービスを実施する場合には、当該介護医療院サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況がわかるような料金表を提出してください。