

付表9 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 都市										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文											第 条 第 項 第 号	
事業所 種別	①介護老人保健施設											(該当欄に○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老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院											
	⑤介護力強化病院 (施設基準省令附則第2条)											
	⑥基準適合診療所 (施行規則附則第2条)											
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④⑤⑥に該当の場合記入)											人	
管理 者	フリガナ											
氏名											住所 (郵便番号 -)	
指定申請を行う病棟部分の従業者の 職種・員数(④⑤⑥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		一看護単位当たりの病床数	
			専従	兼務	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												
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(④⑤⑥の場合記入)											基準上の必要数値	適合の可否
④	病室	1病室の病床数		床		床以下						
	廊下	入院患者1人あたり床面積		m ²		m ² 以上						
		老人性痴呆疾患療養病棟の用に供される床面積		m ²		m ² 以上						
		片廊下の幅		m		m以上						
	生活機能回復訓練室	下 中廊下の幅		m		m以上						
		生活機能回復訓練室面積		m ²		m ² 以上						
デイルームと面会室の合計面積			m ²		m ² 以上							
⑤	入院患者1人あたり床面積		m ²		m ² 以上							
	廊下	片廊下の幅		m		m以上						
		下 中廊下の幅		m		m以上						
⑥	入院患者1人あたり床面積		m ²		m ² 以上							
掲示 事項	利用料	法定代理受領分(一割分)										
		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」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 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様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 「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、短期入所療養型介護に供する部分の定員について記載すること。
- 5 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、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。
- 6 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅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分かるような料金表を提出してください。