

付表16-2 介護療養型医療施設の指定に係る記載事項(診療所による場合)

受付番号

施設	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・審附行為等の条文				第 条第 項第 号		
診療所の開設年月日						
管理者	フリガナ					
	氏名	住所	(郵便番号 -)			
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)					
	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	兼務する職種			
全病床数	療養病床の病床数	左のうち申請する病床数	療養病床の平均入院患者数	完全型	転換型	
(該当する方に○)						
入院患者に対する看護・介護に従事している従業者の職種・員数		看護職員	介護職員	介護支援専門員等		
		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						
療養病床部分の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	
病室	1室の最大病床数	床		床以下		
廊下	入院患者1人あたり最小床面積	m ²		m ² 以上		
廊下	片廊下の幅	m		m以上		
廊下	中廊下の幅	m		m以上		
食堂	面積	m ²		m ² 以上		
主な揭示事項						
入院患者の定員						
利用料	法定代理受領分(一分割)					
	法定代理受領分以外					
その他の費用		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 「主な揭示事項」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 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
- 5 当該指定介護療養型医療施設サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定介護療養型医療施設サービス部分とそれ以外の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。