

(表)

短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ																	
	名称																	
	所在地	(郵便番号 —)																
	連絡先	電話番号				FAX番号												
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定め てある条例等の条文					第 条第 項第 号													
(該 当 に ○)	①介護老人保健施設				④療養病床を有する病院・診療所													
	②介護医療院				⑤老人性認知症疾患療養病棟を有する病院													
	③指定介護療養型医療施設				⑥診療所(③④に該当するものを除く。)													
指定申請に係る病棟部分の入院患者又は入所者の定員										人								
指定申請に係る病棟部分の入院患者の推定数(上記⑤⑥に該当の場合記入。 ⑤については前年度の平均値、新規の場合は予測される数を記入。)										人								
管理者	フリガナ				住所・ 連絡先	(郵便番号 —)												
	氏名					電話番号			FAX番号									
	生年月日																	
指定申請に係る病棟 部分の従業者の職 種・員数(⑤⑥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		栄養士		一 看 護 単 位 の 病 床 数						
		専従	兼務	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)																		
指定申請に係る病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載項目(⑤⑥の場合記入)																		
⑤	病室	1病室の病床数		床		入院患者1人当たり床面積		m ²										
		入院患者1人あたり床面積		m ²		⑥ 廊下	片廊下の幅		m									
	老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積		m ²		中廊下の幅		m											
	廊下	片廊下の幅		m		/												
		中廊下の幅		m														
	生活機能回復訓練室面積		m ²															
	デイルームと面会室の合計面積		m ²															
建物の構造概要																		
主な 掲 示 事 項	利 用 料	法定代理受領分		介護報酬告示上の額														
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額														
	その他の費用		運営規程に定めるとおり															
	通常の送迎の 実施地域		①	②	③	④	⑤											

備考 1 「指定申請に係る病棟部分の入院患者又は入所者の定員」の欄には、当該病棟部分のうち、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。

2 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。

(裏面に続く。)