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登録に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | |  | | | | | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |  | | （該当する欄に○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老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 | | | | | | | | | | | | |  | |
| ⑤基準適合診療所 | | | | | | | | | | | | |  | |
| 登録申請を行う病棟部分の入院患者又は利用者の定員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | 人 |
| 登録申請を行う病棟部分の入院患者の数（上記④に該当の場合記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | 人 |
| 管理者 | フリガナ | | | | |  | | | | | | | 住所 | | | | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | | | |  | | | | | | |
| 生年月日 | | | | |  | | | | | | |
| 従業者の職種・員数  （④のみ記入） | | | | | | | | 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 | | | １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 | | | | | | |  | | |  |  | | |  | | | |  | |  | |  |  | |  |
| 設備基準上の数値記載項目等（④のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | 基準上の必要数値 | | | | | | | | 適合の可否 | | | |
|  | 居室 | 1病室の最大病床数 | | | | | | | |  | | | | 床 | | | 床以下 | | | | | | | |  | | | |
|  | 利用患者1人当たり床面積 | | | | | | | |  | | | | ㎡ | | | ㎡以上 | | | | | | | |  | | | |
|  | 老人性認知症患者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 | | | | | | | |  | | | |
|  | 入院患者１人当たり食堂面積 | | | | | | | | |  | | | | ㎡ | | | ㎡以上 | | | | | | | |  | | | |
|  | 建物の構造概要 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主な掲示事項 | 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　　1　色塗りされている欄には、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又は別紙に記載して添付してください。

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　「登録申請を行う病棟部分の入院患者又は利用者の定員」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。

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。