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 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 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  (該当に○) | | ①介護老人保健施設 | | | | | | | | | | | |  | | | ④老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| ②指定介護療養型医療施設 | | | | | | | | | | | |  | | | ⑤診療所（②③に該当するものを除く。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| ③療養病床を有する病院・診療所 | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 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④⑤に該当の場合記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | |
| 管理者 | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | 住所･  連絡先 | | | | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | |  | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | |
| 指定申請に係る病棟部分の従業者の職種・員数（④⑤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 | | | | | 一看護単位当りの病床数 |
| 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（④⑤の場合記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ④ | | 病室 | 1病室の病床数 | | | | | | | | | | | | | | 床 | | | | | | ⑤ | 入院患者１人当たり床面積 | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | |
| 入院患者１人あたり床面積 | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | |
| デイルームと面会室の合計面積 | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | |
| 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。

このページの提出は不要です。

|  |
| --- |
| 添付書類  １　申請者の定款、寄附行為等の写し及びその登記事項証明書又は条例等の写し（法人の場合に限る。）  　２　建物の平面図（各室の用途が明示されたもの）及び設備の概要を記載した書類  　３　事業所の管理者の経歴を記載した書類  　４　運営規程  　５　利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類  　６　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類  　７　当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス費又は介護予防サービス費の請求に関する事項を記載した書類  　８　病院の場合にあっては使用許可証、診療所の場合にあっては使用許可証又は開設届書等の写し  ９　介護老人保健施設の場合にあっては、開設許可証の写し  １０　介護保険法第70条第2項各号又は第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書類  １１　その他指定に関し知事が必要と認める事項を記載した書類 |