様式－質問告知書（介護老人保健施設）

　　年　　月　　日

**質問兼告知書（チェックシート）**

以下の事項について相違ありません

所 在 地：

開設者　名 称：

代表者の

職・氏名：

１．更新申請を行う施設の名称

　　施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地：

２．更新申請を行う事業の種類

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 介護老人保健施設 |
| □ | 短期入所療養介護 | □ | 介護予防短期入所療養介護 |
| □ | リハビリテーション | □ | 介護予防リハビリテーション |

３．許可の更新に係る記載事項及び必要書類について

　介護老人保健施設

|  |  |
| --- | --- |
| 記載事項 | 質問項目 |
| 登記事項証明書又は条例等 | 変更有り□・変更無し□ |
| 敷地の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取り図 | 変更有り□・変更無し□ |
| 併設する施設の概要（併設する施設がある場合） | 変更有り□・変更無し□ |
| 建物の構造概要及び平面図並びに施設及び構造設備の概要 | 変更有り□・変更無し□ |
| 入所者の予定数 | 変更有り□・変更無し□ |
| 施設の管理者の氏名、生年月日及び住所 | 変更有り□・変更無し□ |
| 運営規程 | 変更有り□・変更無し□ |
| 入所者からの苦情を処理するために講じる措置の概要 | 変更有り□・変更無し□ |
| 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 | 条例で定める人員基準を満たしている□・満たしていない□ |
| 従業者の資格要件について | 厚生労働省が定める資格要件を満たしている□・満たしていない□ |
| 当該申請に係る事業に係る資産の状況 | 変更有り□・変更無し□ |
| 協力病院（歯科も含む）の名称及び診療科目名並びに当該協力病院との契約内容 | 変更有り□・変更無し□ |
| 当該申請に係る事業に係る施設介護サービス費の請求に関する事項 | 変更有り□・変更無し□ |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | 変更有り□・変更無し□ |

※届出日を基準日として作成してください。

※上記質問項目について「変更有り」の項目がある場合は、別途変更届出が必要となります。更新申請と併せて、変更届出書を提出してください。なお、変更届出に係る必要書類については市ホームページの事業者向けダウンロードサービス（施設サービス関連の書式内）にて確認してください。

※本体施設開設許可時においてみなし指定された通所リハビリテーション、短期入所療養介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所療養介護については、本体施設の許可の更新をもって、指定の更新があったものとみなされます。