付表16その1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護医療院の開設許可に係る記載事項(その1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 施設 | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | 住所 | | | | | | (郵便番号　　―　　　) | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | |  | | | | | | | | | | | 連絡先 | | | | | | 電話番号 | | |  | | | FAX番号 | | | |  | |
| 他の職務との兼務の状況(兼務がある場合のみ記入) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 当該施設内での他の職種との兼務 | | | | | | | | 職種 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務 | | | | | 事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所リハビリテーションの実施の有無 | | | | | | | | | | | | | | 有・無 | | | | | 短期入所療養介護の実施の有無 | | | | | | | | | | | | 有・無 | | | |
| 入所者の予定数 | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | 一日当たりの通所総利用者予定数 | | | | | | | | | | | | 人 | | | |
| Ⅰ型入所者の予定数 | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | Ⅱ型入所者の予定数 | | | | | | | | | | | | 人 | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | | | | 医師 | | | 薬剤師 | | | | | 看護師・准看護師 | | | | | | 介護職員 | | | | 理学療法士 | | | | 作業療法士 | | |
| 専従 | 兼務 | | 専従 | | 兼務 | | | 専従 | | | 兼務 | | | 専従 | | | 兼務 | 専従 | | 兼務 | | 専従 | | 兼務 |
|  | 介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数 | | | | | | 常勤(人) | | |  |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |  | |  |
| 非常勤(人) | | |  |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |  | |  |
| 常勤換算後の人数(人) | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | 言語聴覚士 | | | 栄養士 | | | | | 介護支援専門員 | | | | | | 診療放射線技師 | | | |  | | | | | | |
| 専従 | 兼務 | | 専従 | | 兼務 | | | 専従 | | | 兼務 | | | 専従 | | | 兼務 |
|  | 介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数 | | | | | | 常勤(人) | | |  |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 非常勤(人) | | |  |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 常勤換算後の人数(人) | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

付表16その2

(表)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護医療院の開設許可に係る記載事項(その2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入) | | | | | | | | | | カナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 設備基準上の数値記載項目等 | | | 療養室 | | | 1室の最大定員 | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | 診察室 | | | | | | | | | | | | m2 | | |
| 入所者1人あたり最小床面積 | | | | | | | | | | | | | m2 | | | | | | | | | 処置室 | | | | | | | | | | | | m2 | | |
| 廊下 | | 片廊下の幅 | | | | | | | | | | | | | | m | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 中廊下の幅 | | | | | | | | | | | | | | m | | | | | | | | |
| 機能訓練室面積 | | | | | | | | | | | | | | | | m2 | | | | | | | | |
| 食堂面積 | | | | | | | | | | | | | | | | m2 | | | | | | | | |
| 主な掲示事項 | | | 入所定員 | | | | | Ⅰ型療養床　　　　　　人 | | | | | | | | | | | | | Ⅱ型療養床　　　　　人 | | | | | | | | | | | | | 合計　　　　　　人 | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | 法定代理受領分(一割分) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所リハビリテーションの状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 従業者の職種・員数 | | | | | | | | 医師 | | | 理学療法士 | | | | 作業療法士 | | | | | | | 言語聴覚士 | | | | | | | 看護師・准看護師 | | | | | | | 介護職員 | | | | |  |
|  | | | 常勤(人) | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 非常勤(人) | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 専用の部屋等の面積 | | | | | | | | m2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施単位数 | | | | | | | | 単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業日  (単位毎の営業日を明示) | | | | | | | | | |  | | 日 | | 月 | | | | | 火 | | 水 | | | | | 木 | | 金 | | 土 | | | | 祝 | | | その他年間の休日 | | | |  |
| ① | |  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | |  | |  | | | |  | | |
| ② | |  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | |  | |  | | | |  | | |
| ③ | |  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | |  | |  | | | |  | | |
| 送迎を除くサービス提供時間(単位毎の実施時間を明示) | | | | | | | | | | ① | | 平日 | | | | ～ | | | | | | | | | 土曜 | | | ～ | | | | | | | 日・祝 | | | | | ～ | |
| ② | | 平日 | | | | ～ | | | | | | | | | 土曜 | | | ～ | | | | | | | 日・祝 | | | | | ～ | |
| ③ | | 平日 | | | | ～ | | | | | | | | | 土曜 | | | ～ | | | | | | | 日・祝 | | | | | ～ | |
| 利用定員 | | | | | | | | | | 人(単位ごとの定員①　　人、②　　人、③　　人) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | | | | | | 法定代理受領分(一割分) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | | | | | | ① | | | | | | | ② | | | | | | | ③ | | | | | | | ④ | | | | | | | ⑤ | | | |
| 協力病院 | | 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 備考　1　従業者の員数については、総数を記載すること。  　　　　2　通所リハビリテーションを実施していない施設については、「一日当たりの通所総利用者の予定数」及び「通所リハビリテーションの状況欄」は、記載をする必要がないこと。  　　　　3　「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力病院」の欄に併せて記載すること。  　　　　4　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。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(裏)

|  |
| --- |
| (表面から続く。)  　添付書類  　　1　開設者の定款、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  　　2　敷地の面積を記載した書類及びその平面図並びに敷地周囲の見取図  　　3　併設する施設がある場合にあっては、当該併設する施設の概要を記載した書類  　　4　建物の構造概要を記載した書類及びその平面図(各室の用途を明示するものとする。)並びに施設及び構造設備の概要を記載した書類  　　5　施設の共用の有無及び共用の場合の利用計画を記載した書類  　　6　運営規程  　　7　入所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  　　8　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  　　9　協力病院又は協力歯科医療機関との契約の内容を記載した書類  　　10　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を記載した書類  　　11　介護保険法第107条第3項各号に該当しないことを誓約する書面  　　12　その他許可に関し知事が必要と認める事項を記載した書類 |