

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	(〒 -) 広島県 福山市										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
E-mailアドレス												
事業所種別	①介護老人保健施設										(該当欄に○を記入)	
	②介護医療院											
	③指定介護療養型医療施設											
	④療養病床を有する病院・診療所											
	⑤診療所											
	⑥老人性認知症疾患療養病棟を有する病院											
入院患者または利用者の定員		人										
入院患者の数(上記④⑤に該当の場合記入)		人										
管理者	フリガナ					住所	(〒 -)					
	名前											
	生年月日											
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		1看護単位あたりの病床数	
	常勤 (人)		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	非常勤 (人)											
	常勤換算後の人数(人)											
設備基準上の数値記載項目	(④⑤の場合記入)											
	病室	老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積										m ²
		1病室の最大病床数										床
		入院患者1人あたり床面積										m ²
	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												
主な揭示事項	利用料	法定代理受領分				介護報酬告示上の額の1割、2割又は3割 (負担割合証の割合に準ずる)						
		法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額						
	その他の費用											
	通常の送迎の実施地域	①	②			③			④		⑤	
備考												
添付書類		別添のとおり										

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること。
 - 2 「入院患者又は利用者の定員」欄は、(介護予防)短期入所療養型介護に供する病棟に係る員数を記入すること。
 - 3 介護老人保健施設、介護医療院、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(第115条の11による準用を含む)の規定により、指定があったものとみなされるので、本申請の必要はないこと。
 - 4 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。