

介護療養型医療施設の指定に係る記載事項(診療所による場合)

診療所	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						
診療所の開設年月日							
管理者	フリガナ				住所	(〒 -)	
	名前				住所		
	生年月日						
	当該診療所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)						
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	事業所等名称					
兼務する職種 及び勤務時間等							
(注) 以下の部分は、同種で複数の病棟で申請する場合は、病棟ごと別々の用紙に記載すること。							
全病床数	療養病床 の病床数	左のうち申請 する病床数	入院患者 の推定数	(該当する方に○)			
	床	床	床	人	完全型	転換型	
療養病床部分の入院患者に対する看護・介護に 従事している従業者の職種・員数		看護職員		介護職員		介護支援専門員等	
		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)							
療養病床部分の設備基準上の数値記載項目							
完全型	病室	1室の最大病床数			床		
		入院患者1人あたり最小床面積	(内のり)		㎡		
	廊下	片廊下の幅	(内のり)		m		
		中廊下の幅	(内のり)		m		
	食堂面積		(内のり)		㎡		
転換型	病室	1室の最大病床数			床		
		入院患者1人あたり最小床面積			㎡		
	廊下	片廊下の幅	(内のり)		m		
		中廊下の幅	(内のり)		m		
	食堂面積		(内のり)		㎡		
主な 揭示 事項	入院患者の定員						
	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						
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 同種で複数の病棟で申請を行う場合は、病棟ごとの内訳、従業者の職種・員数、設備基準上の数値記載項目及び主な揭示事項については、病棟ごとに記載すること。
- 3 同一の病棟(看護単位と同じ)に療養病床の病床と急性期の病床が混在している場合は、この申請書の記載に当たっては、それぞれ別々の病棟であるとみなして記載すること。
- 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。