**付表16　介護医療院の許可に係る記載事項（その１）**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　設 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　）　　　　　県　　　郡市 |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| Email |  |
| ~~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 |  |
| 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） | 名称 |  |
| 兼務する職種 |  |
|  |
| 介護医療院の型 | Ⅰ型　　　　・　　　Ⅱ型　　　・　　　Ⅰ型とⅡ型の併設 |
| 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 |
| 従業者の職種・員数 | 医　師 | 薬剤師 | 看護職員 | 介護職員 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 介護医療院従事人数 | 常　勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所リハビリテーション従事者 | 常　勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人数（人） |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数（人） |  |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |  |
|  | 理学･作業療法士言語聴覚士 | 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 |
|  | 介護医療院従事人数 | 常　勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所リハビリテーション従事者 | 常　勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人数（人） |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数（人） |  |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |  |

**付表16　介護医療院の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 | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
|  | 療養室 | １室の最大定員 | 人 | 人以下 |  |
| 入所者1人あたり最小床面積 | ㎡ | ㎡以上 |  |
| 廊下 | 片廊下の幅 | ｍ | ｍ以上 |  |
| 中廊下の幅 | ｍ | ｍ以上 |  |
| 機能訓練室面積 | ㎡ | ㎡以上 |  |
| 食堂面積 | ㎡ | ㎡以上 |  |
| 主な掲示事項 | 入所定員 | 人 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分（一・二・三割負担分） |  |
| 法定代理受領分以外 |  |
| その他の費用 |  |
| 通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝの状況 |
|  | 従業者の職種・員数 | 理学療法士 | 作業療法士 | 言語聴覚士 | 看護職員 | 介護職員 | 医師 |  |
|  | 常　勤（人） |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |
|  | 常勤換算後の人数（人） |  |  |  |  |  |  |
|  | 基準上の必要人数（人） |  |  |  |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |  |  |  |
| 専用の部屋等の面積 | ㎡ | 基 準 上 の 必 要 数 値 | 適 合 の 可 否 |
| ㎡以上 |  |
| 営業日 | 単位ごとの営業日 |
| 営業時間(単位毎の実施時間を明示) | (①　　：　～　：　　②　　：　～　：　　③　　：　～　：　　) |
| 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・二・三割負担分） |
| 法定代理受領分以外 |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |
| 協力医療機関 | 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 |  |
| 添付書類 | 別添のとおり |

備考 1　「受付番号」「適合の可否」欄は、記入しないでください。

2　記入欄が不足する場合は、適宣欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

　　 3　「主な提示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

　　~~４　従業者の員数については、総数を記載してください。~~

　　 4　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、通所リハビリテーションの状況欄は記載を要しません。

　　 5　当該介護保健施設サービス以外のサービスを実施する場合には、当該介護保健施設サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

6　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。