付表15

介護老人保健施設の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　　　　―　　　　)  京都府　　　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | | FAX番号 | | |  | | | | |
| メールアドレス | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | | フリガナ |  | | | | | 住 所 | | (郵便番号　　―　　　　) | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 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 | | | |  | | | | | | | | |
| 兼務する職種及び  勤務時間等 | | | |  | | | | | | | | |
| 通所リハビリテーションの実施 | | | | | 有・無 | | | | 短期入所療養介護の実施 | | | | | | | | 有・無 | | |
| 入所者数 | | | | | 人(推定数を記入) | | | | 1日当たりの通所総利用者数 | | | | | | | | 人(推定数を記入) | | |
| 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 |
| 介護老人保健施設  従事人数 | | | | 常勤(人) |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  |
| 非常勤(人) |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  |
| 通所リハビリ  テーション従事人数 | | | | 常勤(人) |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  |
| 非常勤(人) |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  |
| ＊ | 基準上の必要人数(人) | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| ＊ | 適合の可否 | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | 理学・作業療法士 | | | | 栄養士 | | | | 支援相談員 | | | | | 介護支援専門員等 | |
| 専従 | | 兼務 | | 専従 | | 兼務 | | 専従 | 兼務 | | | | 専従 | 兼務 |
| 介護老人保健施設従事人数 | | | | 常勤(人) |  | |  | |  | |  | |  |  | | | |  |  |
| 非常勤(人) |  | |  | |  | |  | |  |  | | | |  |  |
| 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) | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| ＊ | 基準上の必要人数(人) | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| ＊ | 適合の可否 | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |

付表15

介護老人保健施設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) | | | | | | | | フリガナ | | | | |  | | | | | | | |
| 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 | | | |  |
| 利用者1人当たりの最小床面積 | | | | | | | | | | m2 | | | m2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 | | | | | | | | | | | | | m2 | | | m2以上 | | | |  |
| 食堂面積 | | | | | | | | | | | | | m2 | | | m2以上 | | | |  |
| 主な提示事項 | | 入所定員 | | | 人 | | 利用料 | | | | 法定代理受領分(利用者担分) | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | 理学療法士 | | 作業療法士 | | | 看護職員 | | 介護職員 | |
| 常勤(人) | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  | |
| 非常勤(人) | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  | |
| ＊ | 適合の可否 | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  | |
| 専用の部屋等の面積 | | | | | | m2 | | | | ＊基準上の必要数値 | | | | m2以上 | | ＊適合の可否 | | |  | |
| 利用定員 | | | | | | | | | | | | 人　(単位ごとの定員①　　　　人　②　　　　人) | | | | | | | | |
| 営業日 | | | | | | | | | | | | 単位ごとの営業日 | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | | | | | | | | | 単位ごとのサービス提供時間   1. ：　　～　　：　　)　(②　　：　　～　　：　　) | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | | | | | | | | 法定代理受領分(利用者負担分) | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | 別記のとおり | | | | | | | | | | | |

注 1　＊の付いている「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「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、別に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　「主な掲示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4　従業者の人数については、総数を記載してください。

5　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、1日当たりの通所総利用者推定数、通所リハビリテーションの状況欄は記載を要しません。

6　当該介護老人保健施設以外のサービスを実施する場合には、当該指定介護老人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。