付表9

短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | | | 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所別種別 | | | ①介護老人保健施設 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | (該当欄に○印を記入) | | | | |
| ②介護医療院 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| ③療養病床を有する病院・診療所 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| ④老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| ⑤基準適合診療所(施行規則附則第2条) | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 指定申請を行う病棟部分の入院患者又は利用者の定員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | |
| 指定申請を行う病棟部分の入院患者の数(上記④又は⑤に該当の場合記入) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | |
| 管理者 | | | フリガナ | |  | | | | | | | 住所 | | | (郵便番号　　　―　　) | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | |
| 1看護単位当たりの病床数 | | | | | | | | | | 床 | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 従業者の職種・員数(④のみ記入) | | | | | | | | 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 | |
| 専従 | | 兼務 | | 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) | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | |
| ＊ | 基準上の必要人数(人) | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | |
| ＊ | 適合の可否 | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | |
| 指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載項目  (④又は⑤の場合記入) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ＊基準上の必要数値 | | | | | ＊適合の可否 | |
| ④ | | 老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積 | | | | | | | | | | | | m2 | | | | | m2以上 | | | | |  | |
| 病室 | | 1病室の病床数 | | | | | | | | | | 床 | | | | | 床以上 | | | | |  | |
| 入院患者1人当たりの床面積 | | | | | | | | | | m2 | | | | | m2以上 | | | | |  | |
| 廊下 | | 片廊下の幅 | | | | | | | | | | mm以上 | | | | | | | | | |  | |
| 中廊下の幅 | | | | | | | | | | m | | | | | m以上 | | | | |  | |
| 生活機能回復訓練室面積 | | | | | | | | | | | | m2 | | | | | m2以上 | | | | |  | |
| デイルームと面会室の合計面積 | | | | | | | | | | | | m2 | | | | | m2以上 | | | | |  | |
| ⑤ | | 入院患者1人当たりの最小床面積 | | | | | | | | | | | | m2 | | | | | m2以上 | | | | |  | |
| 主な掲示事項 | | 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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の送迎実施地域 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　「指定申請を行う病棟部分の入院患者又は入所者の定員」欄は、短期入所療養介護に供する病棟に係る員数を記入してください。

5　介護老人保健施設及び介護医療院が行うものについては、法第72条第1項の規定により、指定があったものとみなされるので、この申請の必要はありません。

6　当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。