**付表15　介護医療院の許可に係る記載事項**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　）尼崎市 |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-mail |  |
| 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 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
|  |
| 短期入所療養介護の実施の有無 | □有　□無 | 通所リハビリテーションの実施の有無 | □有　□無 |
|  | 名称 |  | 主な診療科名 |  |
| 協力医療 | 名称 |  | 主な診療科名 |  |
| 機関 | 名称 |  | 主な診療科名 |  |
|  | 名称 |  | 主な診療科名 |  |
| 入所者の予定数 | 人 | 一日当たりの通所総利用者予定数 | 人 |
| **人員に関する基準の確認に必要な事項** |
| 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 |
|  | 介護医療院及び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） |  |  |  |  |
|  | 基準上の必要人員（人） |  |  |  |  |
|  | 理学･作業療法士 | 栄養士 | 放射線技師 | 介護支援専門員 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 介護医療院及び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） |  |  |  |  |
|  | 基準上の必要人員（人） |  |  |  |  |
| **設備に関する基準の確認に必要な事項** |
| 施設を共用する事業所等の名称（共用する場合記入） |  |
|  | 療養室 | １室の最大定員 | 人 |  |
| 入所者１人あたり最小床面積 | ㎡ |  |
| 廊下 | 片廊下の幅 | ｍ |  |
| 中廊下の幅 | ｍ |  |
| 機能訓練室面積 | ㎡ |  |
| 食堂面積 | ㎡ |  |
| 入所定員 | 人 |  |
|  | 利用料 | 法定代理受領分　　　　介護報酬の告示上の額 |
|  | 法定代理受領分以外　　介護報酬の告示上の額 |
|  | その他の費用 | 運営規程のとおり |

**付表15　介護医療院の許可に係る記載事項（続き）**

|  |
| --- |
| **通所リハビリテーションの人員及び設備に関する基準の確認に必要な事項（該当する場合のみ）** |
| 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 | 医師 |
| 専従 | 兼務 | 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） |  |  |  |  |  |
|  | 専用の部屋の面積 | ㎡ |  |
|  | 営業日（単位毎の実施日を明示） | 　　曜日～　　曜日単位ごとの営業日（①　曜日～　曜日、②　曜日～　曜日、③　曜日～　曜日） |
|  | 営業時間（単位毎の実施時間を明示） | 営業時間【　　：　　～　　：　　】単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）（①　：　～　：　　　、②　：　～　：　　　、③　：　～　：　　　） |
|  | 利用定員 | 　人（単位ごとの定員　①　　人、②　　人、③　　人） |
| 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してください。

2　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。