

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

記載例

事業所	フリガナ	カイゴロウジンホケンシセツトチギケンチャウ									
	名称	介護老人保健施設栃木県庁									
	所在地	(郵便番号 320 - 8501 ) 栃木 県 宇都宮 郡 埴田 1-1-20									
	連絡先	電話番号	028-623-3149	FAX 番号	028-623-3058						
	Email	kaigohoken@pref.tochigi.lg.jp									
事業所種別 (該当に○を記入)	①介護老人保健施設						○				
	②指定介護療養型医療施設										
	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										
	⑤②又は③に該当しない診療所										
	⑥介護医療院										
申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員							100	人			
指定申請を行う老人性認知症疾患療養病棟の入院患者の推定数(上記④に該当の場合記入)								人			
管理者	フリガナ	トチギ タロウ		住所	(郵便番号 320 - 9999 )						
	氏名	栃木 太郎			宇都宮市埴田町999番地99						
	生年月日	昭和55年5月15日									
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数(上記④⑤に該当の場合記入)			担当 医師	看護職員		介護職員		作業療法士		精神保健福祉士	
				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)											
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
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(上記④⑤に該当の場合記入)											
④	病室	1病室の病床数						床			
		入院患者1人あたり床面積						m <sup>2</sup>			
		老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積						m <sup>2</sup>			
	廊下	廊	片廊下の幅					m			
		下	中廊下の幅					m			
		生活機能回復訓練室面積						m <sup>2</sup>			
		デイルームと面会室の合計面積						m <sup>2</sup>			
⑤		入院患者1人あたり床面積						m <sup>2</sup>			
	廊下	廊	片廊下の幅					m			
		下	中廊下の幅					m			
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。

備考 2 「申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員」欄は、当該施設等のうち、短期入所療養介護に供する部分の定員について記載すること。

備考 3 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第71条第1項及び第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場合は、本申請の必要はありません。