

介護療養型医療施設の指定に係る記載事項（診療所による場合）

受付番号	
------	--

施設	ふりがな						
	名称						
	所在地	(郵便番号 -)					
		県	郡	市			
連絡先	電話番号			FAX番号			
	メールアドレス						
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
診療所の開設年月日							
管 理 者	ふりがな			住所	(郵便番号 -)		
	氏名						
	生年月日						
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)						
者	同一敷地内の他の事業所又	事業所等名称					
	は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務する職種 及び勤務時間等					
全病床数	療養病床の 病床数	左のうち申請する 病床数	療養病床の平 均入院患者数	完全型	転換型	(該当する方に○)	
入院患者に対する看護・介護に従事 している従業者の職種・員数		看護職員		介護職員		介護支援専門員	
		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							
療養病床部分の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	
病	1室の最大病床数	床		床以下			
室	入院患者1人あたり最小床面積	㎡		㎡以上			
廊	片廊下の幅	m		m以上			
	中廊下の幅	m		m以上			
	食堂面積	㎡		㎡以上			
主な掲示事項							
入院患者の定員							
利用料	法定代理受領分						
	法定代理受領分以外						
その他の費用		別添のとおり					

備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 2 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。
 3 「主な掲示事項」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。