

記載例

指定介護療養型医療施設の指定に係る記載事項（診療所）

施設	フリガナ	●●●●クリニック						
	名称	●●●●クリニック						
	所在地	(郵便番号 ●●● - ●●●●) 浜松市●●区●●町●●●●-●●						
	連絡先	電話番号	●●●-●●●-●●●●	FAX番号	●●●-●●●-●●●●			
	電子メールアドレス	●●●●●@●●●●●.●●●●●						
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文							第●●条 第●●項	
管理者	フリガナ	●●● ●●●		住所	浜松市●●区●●町●●●●-●●			
	氏名	●●● ●●●			名称	●●●●●		
	生年月日	●●年●●月●●日		介護保険事業所番号		22●●●●●●●●		
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)		名		兼務する職種及び勤務時間等			●●●●● ●:●●~●:●●
病床の種別	病室数	●	病床数	●	入院患者の推定数（申請に係る部分）			
					病室数	●	病床数	●
	療養病床	●	●	●	●	●	*完全型	
	その他	●	●	●	●	●		*転換型
	計	●	●	●	●	●		
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								
設備基準項目							※基準上の必要数値	※適合の可否
病室	1病室当たりの最大病床数		●床		床以下			
	入院患者1人当たりの最小床面積		●.●●m ²		m ² 以上			
	廊下	片廊下の幅		●.●●m		m以上		
		中廊下の幅		●.●●m		m以上		
食堂の面積		●●.●●m ²		m ² 以上				
主な 掲 示 事 項	入院患者の定員		●●人					
	利用料	法定代理受領分		介護報酬告示上の額の負担割合に応じた額				
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額				
	その他の費用		食費●●円、居住費●●円、日常生活費●●円 等					
協力 医 療 機 関	名 称	●●病院			診療科名	●●		
	名 称	●●クリニック			診療科名	●●		

- 備考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - *印の欄は、該当するものに○を記入すること。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。