

## 介護老人保健施設の開設許可に係る記載事項

施設	フリガナ 名 称							
	所在地	( 郵便番号                      -                      )						
	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								
管理者	フリガナ 氏 名				住 所			
	生年月日							
	当該施設で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）							
	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 称			
					介護保険事業所番号			
				兼務する職種及び勤務時間等				
入所者数（推定数）		人						
指定通所 リハビリテーション	実施の有無	有 ・ 無			1日当たりの利用者数（推定数）		人	
指定短期入所 療養介護	実施の有無	有 ・ 無			利用者数（推定数）		人	
従業者の職種・員数		医師		看護職員		介護職員		理学療法士、 作業療法士又は 言語聴覚士
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従
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								
		薬剤師		支援相談員		栄養士		介護支援専門員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従
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								
施設を共用する場合の利用計画（共用する場合のみ記入）								
設備基準項目						※基準上の必要数値	※適合の可否	
療養室	1室当たりの最大定員			人		人以下		
	入所者1人当たりの最小床面積			㎡		㎡以上		
機能訓練室の面積				㎡		㎡以上		
食堂の面積				㎡		㎡以上		
廊 下	片廊下の幅			m		m以上		
	中廊下の幅			m		m以上		
主な 掲 示 事 項	入所定員		人					
	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								
協力病院等	名 称					診 療 科 名		
	名 称					診 療 科 名		

- 備考
- 1 ※印の欄には、記入しないこと。
  - 2 「指定通所リハビリテーション」欄の「実施の有無」欄及び「指定短期入所療養介護」欄の「実施の有無」は、該当するものを○で囲むこと。
  - 3 協力歯科医療機関がある場合は、「協力病院等」欄に併せて記載すること。
  - 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。