

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 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						
	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					
病床の種類	病室数	病床数	平均入院患者数	入院患者の推定数（申請に係る部分）			
				病室数	病床数	*完全型	*転換型
	療養病床						
	その他						
	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 <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 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					
		法定代理受領分以外					
その他の費用							
協力 医 療 機 関	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 \*印の欄は、該当するものに○を記入すること。  
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。