

記載例

指定短期入所療養介護事業所・指定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

事業所	フリガナ	●●●●●●●●●●ケアセンター						
	名称	●●●●●●●●●●ケアセンター						
	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			
事業所の別	1	介護老人保健施設	4	診療所				
	2	指定介護療養型医療施設	5	老人性認知症疾患療養病棟を有する病院				
	3	療養病床を有する病院又は診療所	6	介護医療院				
入院患者又は入所者の定員			●●人		* 入院患者数(推定数)			
管理者	フリガナ	●●●●●●●●		住所	浜松市●●区●●町●●●●-●●			
	氏名	●●●●●●						
	生年月日	●●年●●月●●日						
* 従業者の職種・員数	医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
	専従		専従		専従		専従	
	兼務		兼務		兼務		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							
	米養士		理学療法士又は作業療法士		精神保健福祉士等			
	専従		専従		専従			
	兼務		兼務		兼務			
	常勤(人)		●		●		●	
	非常勤(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		
老人性認知症疾患療養病棟を有する病院	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	老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積		●●●● m ²		m ² 以上		
		片廊下の幅		●●● m		m以上		
		中廊下の幅		●●● m		m以上		
		生活機能回復訓練室の面積		●●●● m ²		m ² 以上		
	デイルーム及び面会室の面積		●●●● m ²		m ² 以上			
	入院患者1人当たりの食堂面積		●●● m ²		m ² 以上			
診療所	病室	入院患者1人当たりの最小床面積	●●● m ²		m ² 以上			
主な揭示事項	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						
	通常の送迎の実施地域	●●区、●●区(●●町、●●町)、●●区(●●町を除く)						

- 備考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - 「事業所の種別」欄は、該当するものを○で囲むこと。
 - *印の欄は、「事業の実施形態」が老人性認知症疾患療養病棟を有する事業所であることを示す。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

地区名、町名などを記入。
(客観的にその区域が特定されるもの)
※事業所から●●分以内などの記載は