

介護医療院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				住所						
	氏名										
	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）		類型Ⅰ		人		類型Ⅱ					
						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	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											
		薬剤師		診療放射線技師		栄養士		介護支援専門員			
		専従	兼務	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											
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 揭示 事項	入所定員		類型Ⅰ		人		類型Ⅱ		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
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - 「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。
 - 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。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。