

記載例

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	カイゴロウジンホケンシセツ ●●●●●●							
	名称	介護老人保健施設 ●●●●●●							
	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	●●●●●●							
	生年月日	●●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	22●●●●●●●●		
		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	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		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	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		●.●● m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup> 以上				
機能訓練室の面積			●●.●● m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup> 以上				
食堂の面積			●●.●● 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				
主な揭示事項	入所定員		●●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							
協力病院等	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。
  - 「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。