付表７－２

の指定に係る記載事項（介護老人保健施設・介護医療院の場合）

　　　通所リハビリテーション事業

　　　介護予防通所リハビリテーション事業

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 | | | | |  | | | | | |
| 事  業  所 | | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | （〒　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 当該事業について定めてある定款・寄附行為等の条文 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 第　　　　条　　第　　　　項　　第　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管　　　理　　　者 | | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 住  所 | | | （〒　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者代行者が専任されている場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 代　行　者 | | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | 職種（いずれかに○） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | 医　　　　　　師 | | | | | | |  | | | 作業療法士 | | | |
|  | | | | 理　学　療　法　士 | | | | | | |  | | | 専従の看護師 | | | |
| 施設開設年月日 | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | 実施単位数 | | | | | | | | 単位 | | | | | | | | | |
| 1日当たりの通所リハビリテーション総利用者推定数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設入所者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 専用の部屋等の面積（通所リハビリテーション利用者用食堂を含む。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | | | | | 医　　師 | | | | | 理学療法士・  作業療法士 | | | | | | | 支援相談員 | | | | | | | １　単　位　目 | | | | | | | | |
| 看護職員 | | | | | | | 介護職員 | |
| 専従 | | | 兼務 | | 専従 | | | 兼務 | | | | 専従 | | | | 兼務 | | | 専従 | | | | 兼務 | | | 専従 | 兼務 |
|  | 常勤（人） | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  |  |
| 非常勤（人） | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  |  |
| 常勤換算後の員数（人） | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 主　な　掲　示　事　項 | １　単　位　数 | | | 利用定員 | | | | 人 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営 業 日 | | | | 日 | | 月 | | 火 | | | 水 | | 木 | 金 | | | | 土 | | | | 祝 | | | その他年間の休日 | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | |  |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | 平　　　　日 | | | | | | | 土 　曜　 日 | | | | | | | 日曜日・祝日 | | | | | | | | | 備考 | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | ～ | | | | | | | ～ | | | | | | | ～ | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| サービス提供時間 | | | | ～  （　時間　分） | | | | | | | ～  （　時間　分） | | | | | | | ～  （　時間　分） | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の  実施地域 | | | | | | | ① | | | | | ② | | | | | | | ③ | | | | | | | | | ④ | | | | | | | ⑤ | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注１　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　２　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記載した書類を添付してください。

　　３　本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、「付表７―２（別紙）」に２単位目以降に係る単位

　　　別利用定員等の必要事項を記入し、添付してください。

付表７－２（別紙）

の指定に係る記載事項（介護老人保健施設・介護医療院において複

　　　通所リハビリテーション事業

　　　介護予防通所リハビリテーション事業

　　　数単位実施する場合）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 | | | |  | |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２　　単　　位　　目 | 従業者の職種・員数 | | | | | | | 看護職員 | | | | | 介護職員 | | | | | | |  |
| 専　　従 | | 兼　　務 | | | 専　　従 | | | | 兼　　務 | | |
|  | 常勤（人） | | | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | |
| 非常勤（人） | | | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | |
| 主な掲示事項 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | 利用定員 | | 人 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 営業日 | | 日 | 月 | | 火 | 水 | 木 | | 金 | 土 | | 祝 | | その他年間の休日 | | | | |
|  |  | |  |  |  | |  |  | |  | |
|  | | 平　　　　日 | | | | 土 　曜　 日 | | | | 日曜日・祝日 | | | | | | 備考 | | |
| 営業時間 | | ～ | | | | ～ | | | | ～ | | | | | |
| サービス提供時間 | | ～  （　時間　分） | | | | ～  （　時間　分） | | | | ～  （　時間　分） | | | | | |
| ３　　単　　位　　目 | 従業者の職種・員数 | | | | | | | 看護職員 | | | | | 介護職員 | | | | | | |  |
| 専　　従 | | 兼　　務 | | | 専　　従 | | | | 兼　　務 | | |
|  | 常勤（人） | | | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | |
| 非常勤（人） | | | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | |
| 主な掲示事項 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | 利用定員 | | 人 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 営業日 | | 日 | 月 | | 火 | 水 | 木 | | 金 | 土 | | 祝 | | その他年間の休日 | | | | |
|  |  | |  |  |  | |  |  | |  | |
|  | | 平　　　　日 | | | | 土 　曜　 日 | | | | 日曜日・祝日 | | | | | | 備考 | | |
| 営業時間 | | ～ | | | | ～ | | | | ～ | | | | | |
| サービス提供時間 | | ～  （　時間　分） | | | | ～  （　時間　分） | | | | ～  （　時間　分） | | | | | |
| ４　　単　　位　　目 | 従業者の職種・員数 | | | | | | | 看護職員 | | | | | 介護職員 | | | | | | |  |
| 専　　従 | | 兼　　務 | | | 専　　従 | | | | 兼　　務 | | |
|  | 常勤（人） | | | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | |
| 非常勤（人） | | | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | |
| 主な掲示事項 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | 利用定員 | | 人 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 営業日 | | 日 | 月 | | 火 | 水 | 木 | | 金 | 土 | | 祝 | | その他年間の休日 | | | | |
|  |  | |  |  |  | |  |  | |  | |
|  | | 平　　　　日 | | | | 土 　曜　 日 | | | | 日曜日・祝日 | | | | | | 備考 | | |
| 営業時間 | | ～ | | | | ～ | | | | ～ | | | | | |
| サービス提供時間 | | ～  （　時間　分） | | | | ～  （　時間　分） | | | | ～  （　時間　分） | | | | | |

注１　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　２　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記載した書類を添付してください。

付表９

の指定に係る記載事項

　　　　　　　　　　　　　短期入所療養介護事業

　　　　　　　　　　　　　介護予防短期入所療養介護事業

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | 受付番号 | |  | |
| 事　　 業　　 所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | （〒　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | ＦＡＸ番号 | |  | | | |
| 当該事業について定めてある定款・寄附行為等の条文 | | | | | | | 第　　　　　条　　第　　　　　項　　第　　　　　号 | | | | | |
| 管　　理　　者 | フリガナ |  | | | | | 住　　所 | （〒　　　　－　　　　） | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | |
| 事業所（指定申請を行う病棟）の種別（該当する欄に○を記入） | | | | | | | | | | | | |
|  | ①介護老人保健施設 | | | |  | |  | | | | | |
| ②介護医療院 | | | |  | |
| ③療養病床を有する病院・診療所 | | | |  | |
| 指定申請を行う病棟の入院患者又は利用者の定員 | | | | | | | 人 | | | | | |
| 主な掲示事項 | | | | | | | | | | | | |
|  | 利　 用　 料 | | 法定代理受領分（１割負担分） | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | |
| その他の費用 | |  | | | | | | | | | |
| 通常の送迎の | | ① | ② | | ③ | | | | ④ | | ⑤ |
| 実施地域 | | 備考 | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | 別添のとおり | | | | | | | | | | |

　注１　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　２　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記載した書類を添付してください。

付表１５

じよくそう

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （その１）  　介護老人保健施設の開設許可に係る記載事項 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | 受付番号 | | |  | | |
| 開設者が、現に管理している他の  介護老人保健施設、介護医療院、病院、診療所又は社会福祉施設 | | | 名　　　称 | | |  | | | | | | | | |
| 所　在　地 | | |  | | | | | | | | |
| 管理者が、現に管理し、又は勤務  する他の介護老人保健施設、介護医療院、病院、診療所又は社会福祉施設 | | | 区　　　分 | | | 管理者　・　勤務者 | | | | | | | | |
| 名　　　称 | | |  | | | | | | | | |
| 所　在　地 | | |  | | | | | | | | |
| 同時に開設しようとする他の介護  老人保健施設、介護医療院、病院、診療所又は社会福祉施設 | | | 名　　　称 | | |  | | | | | | | | |
| 所　在　地 | | |  | | | | | | | | |
| 敷地の面積 | | | ㎡ | | | | 用途地域の別 | | |  | | | | |
| 建物の構造概要 | | 造　　　　　階建  建築面積　　　　　　　　　　㎡  延べ面積　　　　　　　　　　㎡ | | | | |  | | | 建築面積 | | | | 延べ面積 |
| 新築部分 | | |  | | | |  |
| 増改築部分 | | |  | | | |  |
| 既存部分 | | |  | | | |  |
| 合　　　計 | | |  | | | |  |
| 耐火構造・準  耐火構造の別 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 療　養　室 | 室名又は部屋番号 | | | 定員 | 床面積 | | | １人当たり  床　面　積 | | 場所 | | | | 設備 |
| ○介護老人保健施設分  ○ユニット型介護老人  　保健施設分  ○認知症専門病棟分 | | | 人 | 有効  　　　　㎡ | | | 有効  　　　　㎡ | |  | | | |  |
| 診　察　室 | 床面積 | | | ㎡ | | | | | | | | | | |
| 主な器機・器具・設備 | | |  | | | | | | | | | | |
| 機能訓練室 | 床面積 | | | ㎡ | | | | １人当たり床面積 | | | | | ㎡ | |
| 主な器機・器具・設備 | | |  | | | | | | | | | | |
| 談　話　室 | 床面積 | | | ㎡ | | | | １人当たり床面積 | | | | | ㎡ | |
| 主な設備 | | |  | | | | | | | | | | |
| 食　　　堂 | 床面積 | | | ㎡ | | | | １人当たり床面積 | | | | | ㎡ | |
| 主な設備 | | |  | | | | | | | | | | |
| 浴　　　室 | 種類 | | | 一　般　浴　室 | | | | | | | 特　別　浴　室 | | | |
| 床面積 | | | ㎡ | | | | | | | ㎡ | | | |
| 主な設備  （構造上の配慮等） | | |  | | | | | | |  | | | |
| レクリエ  ーション  ルーム | 床面積 | | | ㎡ | | | | | | | | | | |
| 主な設備 | | |  | | | | | | | | | | |
| 調　理　室 | 面積 | | | ㎡ | | | | 場　　所 | |  | | | | |
| 食器消毒設備の状況 | | |  | | | | | | | | | | |
| 食器・食品の保管設備  の状況 | | |  | | | | | | | | | | |
| 保温食器・保温設備  の状況 | | | 保　温　食　器 | | | | | | | 保　温　設　備 | | | |
|  | | | | | | |  | | | |

（その２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| その他の  施　　　設 | | 施設名 | | | 箇所数 | | | | 場所 | | | | | 延べ床面積 | |
| サービスステーション | | | 箇所 | | | | 階 | | | | | ㎡ | |
| 洗面所 | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 便所 | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 汚物処理室 | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 洗濯室又は洗濯場 | | |  | | | |  | | | | |  | |
| ボランティアルーム | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 家族介護教室 | | |  | | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 共用施設 | | 施設名 | | | 床面積 | | | | 共用する施設名 | | | | | | |
|  | | | ㎡ | | | |  | | | | | | |
|  | | | ㎡ | | | |  | | | | | | |
|  | | | ㎡ | | | |  | | | | | | |
| 廊下の幅 | | 場所 | | | 設備 | | | | 片廊下 | | | | | | 中廊下 |
| 階  ○介護老人保健施設分  ○ユニット型介護老人  　保健施設分  ○認知症専門病棟分 | | |  | | | | ｍ | | | | | | ｍ |
| 療養室の  ある最上階 | | 階　数 | バルコニーの有無 | | | | | | 階段の数 | | | | | | |
| 階 | 有　　・　　無 | | | | | |  | | | | | | |
| 直通階段 | | | | | | | | エレベーター | | | 避難階段 | | | | |
| 幅 | 蹴 上 げ | | 踏　　面 | 踊場の幅 | | 設　　備 | | 基数 | | 定　員 | 数 | うち直通階段を代替する  ものの数 | | | |
| ㎝ | ㎝ | | ㎝ | ㎝ | |  | | 基 | | 人 |  |  | | | |
| 消防用設備その  他非常災害設備 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| その他の設備の概要 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 協力病院  の概要 | | | 名称 | | |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | | |
| 診療科名 | | |  | | | | | | | | | |
| 病床数 | | |  | | | | | | | | | |
| 従業員数 | | | 医　　師 | 人 | | | | | | | | |
| 看護職員 | 人 | | | | | | | | |
| そ の 他 | 人 | | | | | | | | |
| 施設からの距離 | | | ㎞ | | | | | | | 徒歩　　　　　分  　　車　　　　　分 | | |
| 契約の内容 | | |  | | | | | | | | | |

（その３）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従業員数  （人） | | 職名 | | 定員 | 常勤換算 | | 専従 | | 兼務 | 非常勤 |
| 医師 | |  |  | |  | |  |  |
| 薬剤師 | |  |  | |  | |  |  |
| 看護師 | |  |  | |  | |  |  |
| 准看護師 | |  |  | |  | |  |  |
| 介護職員 | |  |  | |  | |  |  |
| 支援相談員 | |  |  | |  | |  |  |
| 理学療法士 | |  |  | |  | |  |  |
| 作業療法士 | |  |  | |  | |  |  |
| 言語聴覚士 | |  |  | |  | |  |  |
| 管理栄養士（栄養士） | |  |  | |  | |  |  |
| 介護支援専門員 | |  |  | |  | |  |  |
| 調理員 | |  |  | |  | |  |  |
| 事務員 | |  |  | |  | |  |  |
| その他 | |  |  | |  | |  |  |
| 入所定員 | | | | | 人 | | | | | |
| うち  ユニット型介護老人保健施設の定員 | | | | | 人 | | | | | |
| うち  認知症専門病棟の定員 | | | | | 人 | | | | | |
| 通所リハビリテーションの定員 | | | | | 人 | | | | | |
| 主な職員の氏名・経歴 | 職名 | | 氏名 | | | 経歴 | | | | |
| 管理者 | |  | | |  | | | | |
| 医師 | |  | | |  | | | | |
| 看護職員の長 | |  | | |  | | | | |
| 介護職員の長 | |  | | |  | | | | |
| 支援相談員 | |  | | |  | | | | |
| 理学療法士  作業療法士  言語聴覚士 | |  | | |  | | | | |
| 栄養士 | |  | | |  | | | | |
| 介護支援専門員 | |  | | |  | | | | |
| 事務長 | |  | | |  | | | | |
| 給食業務委託の概要 | | | 委託先業者名 | | |  | | | | |
| 従業員数 | | | 栄養士 | | 人 | | |
| 調理員 | | 人 | | |
| 委託の内容 | | |  | | | | |

（その４）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 併設施設  の概要 | 病院 | 名称 | |  | | |
| ベッド数 | | 床 | | |
| 診療所 | 名称 | |  | | |
| ベッド数 | | 床 | | |
| 社会福祉施設 | 名称 | |  | | |
| 定員 | | 人 | | |
| 介護保険におけるサービス提供の有無及び概要 | | | | | |
| 事業の種類 | | | | 実施事業 | 事業開始（予定）  年月日 |
| 居宅サービス | |  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| 介護予防サービス | |  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| 地域密着型サービス | |  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| 地域密着型介護予防  サービス | |  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| 居宅介護支援事業 | | | |  |  |
| 介護予防支援事業 | | | |  |  |
| 介護保険施設 | | 指定介護老人福祉施設 | | 名称 |  |
| 定員 | 人 |
| 介護老人保健施設 | | 名称 |  |
| 定員 | 人 |
| 介護医療院 | | 名称 |  |
| 定員 | 人 |
| 指定介護療養型医療施設 | | 名称 |  |
| 定員 | 人 |