

付表第一号(十一) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 _____) _____ 都 道 市 区 _____ 府 県 _____ 町 村										
連絡先	電話番号	(内線)						FAX 番号				
	Email											
事業所種別 (該当に○を記入)	①介護老人保健施設											
	②療養病床を有する病院・診療所											
	③②に該当しない診療所											
	④介護医療院											
管理者	フリガナ											
	氏名											
	生年月日											
住所		(郵便番号 _____)										
病棟名												
サービス提供単位1 (事業所種別③に該当の場合記入)	介護形式(いずれか一方を選択)	<input type="checkbox"/> 従来型					<input type="checkbox"/> ユニット型					
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員	_____ 人										
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数	医師		薬剤師		看護職員		介護職員		栄養士		
		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)										
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載項目	入院患者1人あたり床面積										m ²
廊下		片廊下の幅										m
		中廊下の幅										m
食堂										m ²		
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他						
サービス提供単位2 (事業所種別③に該当の場合記入)	介護形式(いずれか一方を選択)	<input type="checkbox"/> 従来型					<input type="checkbox"/> ユニット型					
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員	_____ 人										
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数	医師		薬剤師		看護職員		介護職員		栄養士		
		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)										
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載項目	入院患者1人あたり床面積										m ²
廊下		片廊下の幅										m
		中廊下の幅										m
食堂										m ²		
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他						
添付書類	別添のとおり											

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 2 「申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員」欄は、当該施設等のうち、短期入所療養介護に供する部分の定員について記載すること。
 - 3 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第71条第1項及び第72条第1項の規定により指定があったものとみなされる場合は、本申請の必要はありません。