

付表14 介護老人保健施設の許可に係る記載事項(その2)

受付番号

施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)		ふりがな				
		名 称				
設備基準上の数値記載項目				基準上の必要数値	適合の可否	
療養室	1室の最大定員	人	人以下			
	入所者1人あたり最小床面積	m ²	m ² 以上			
廊下	片廊下の幅	m	m以上			
	中廊下の幅	m	m以上			
機能訓練室面積		m ²	m ² 以上			
食堂面積		m ²	m ² 以上			
主 な 掲 示 事 項	入所定員	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					
通所リハビリテーションの状況						
従業者の職種・員数		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護職員	介護職員
常 勤(人)						
非常勤(人)						
基準上の必要人数(人)						
適合の可否						
専用の部屋等の面積			m ²	基準上の必要数値	適合の可否	
				m ² 以上		
営業日		単位ごとの営業日				
営業時間 (単位毎の実施時間を明示)		(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)				
利用定員		人(単位ごとの定員① 人、② 人、③ 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						
通常の事業実施地域						
協 力 医 療 機 関	名称			主な診療科名		
	名称			主な診療科名		
	名称			主な診療科名		
	名称			主な診療科名		
添付書類		別添のとおり				

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 4 従業者の員数については、総数を記載してください。
 - 5 通所リハビリテーションを実施していない施設については、通所リハビリテーションの状況欄は記載を要しません。