

( ) 短期入所療養介護  
 ( ) 介護予防短期入所療養介護  
 に係る記載事項

事業所の種別	1	介護老人保健施設				備考 (基準適合診療所、療養型病床群を有する病院等はその旨記入すること。)					
	2	医療保険適用の療養病床を有する病院又は診療所									
	3	介護医療院									
入院患者又は入所者の定員					人						
入院患者又は入所者の推定数					人						
管理者	(フリガナ)	氏名			(フリガナ)	(郵便番号 - )					
	生年月日	住所									
事業所の種別が2②の場合に記入	従業者	区分	医師		薬剤師		看護職員		介護職員		
			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										
	区分	(管理)栄養士		理学療法士等		介護支援専門員					
		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)										
	常勤換算後の人数 (人)										
	※基準上の必要人数 (人)										
	※適合の可否										
主な設備	区分					※基準上の必要数値	※適合の可否				
	医療保険適用の療養病床を有する病院等の用に供される部分の床面積					m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上				
	療養室 病室	1室の最大定員				人	人以下				
		利用者1人当たりの最小床面積				m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上				
	廊下	片廊下の最小幅				m	m以上				
		中廊下の最小幅				m	m以上				
	機能訓練室の合計床面積					m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上				
食堂の合計床面積又は共同生活室の最小床面積					m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上					
主な 揭示 事項	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 の送迎 実 施 地 域	①	②	③	④	⑤					
備考											

注 ※欄は記入しないこと。