

付表9 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に係る記載事項

事業所	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					
事業所種別 (該当に○を記入)	①介護老人保健施設											
	②指定介護療養型医療施設											
	③療養病床を有する病院・診療所											
	④老人性認知症疾患療養病棟を有する病院											
	⑤②又は③に該当しない診療所											
	⑥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④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		担当医師		看護職員		介護職員		作業療法士		精神保健福祉士	
			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		事業所種別④に該当時		病室		1病室の病床数		床			
							入院患者1人あたり床面積		㎡			
							老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積		㎡			
					廊下		片廊下の幅		m			
							中廊下の幅		m			
							生活機能回復訓練室面積		㎡			
						デイルームと面会室の合計面積		㎡				
						指定申請を行う老人性認知症疾患療養病棟の入院患者の推定数		人				
		事業所種別⑤に該当時		入院患者1人あたり床面積		㎡						
				廊下		片廊下の幅		m				
						中廊下の幅		m				
サービス提供単位2 (事業所種別④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		担当医師		看護職員		介護職員		作業療法士		精神保健福祉士	
			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		事業所種別④に該当時		病室		1病室の病床数		床			
							入院患者1人あたり床面積		㎡			
							老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積		㎡			
					廊下		片廊下の幅		m			
							中廊下の幅		m			
							生活機能回復訓練室面積		㎡			
						デイルームと面会室の合計面積		㎡				
						指定申請を行う老人性認知症疾患療養病棟の入院患者の推定数		人				
		事業所種別⑤に該当時		入院患者1人あたり床面積		㎡						
				廊下		片廊下の幅		m				
						中廊下の幅		m				
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。

(別添)

付表9 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に係る記載事項 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	病院・診療所の使用許可証等の写		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写				
4	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	設備・備品等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
9	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

※3 2「病院・診療所の使用許可証等の写」は、病院・診療所において行う場合添付してください。

※4 3「介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写」は、老人保健施設又は介護医療院において行う場合添付してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電話	
メールアドレス	

(参考)付表9 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に係る記載事項記入欄不足時の資料

■複数病棟

病棟名												
サービス提供単位1 (事業所種別④⑤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		担当医師		看護職員		介護職員		作業療法士		精神保健福祉士	
			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		事業所種別④に該当時		病室		1病室の病床数				床	
							入院患者1人あたり床面積				㎡	
							老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積				㎡	
					廊下		片廊下の幅				m	
							中廊下の幅				m	
						生活機能回復訓練室面積				㎡		
						デイルームと面会室の合計面積				㎡		
						指定申請を行う老人性認知症疾患療養病棟の入院患者の推定数				人		
		事業所種別⑤に該当時				入院患者1人あたり床面積				㎡		
				廊下		片廊下の幅				m		
						中廊下の幅				m		
サービス提供単位2 (事業所種別④⑤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		担当医師		看護職員		介護職員		作業療法士		精神保健福祉士	
			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		事業所種別④に該当時		病室		1病室の病床数				床	
							入院患者1人あたり床面積				㎡	
							老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積				㎡	
					廊下		片廊下の幅				m	
							中廊下の幅				m	
						生活機能回復訓練室面積				㎡		
						デイルームと面会室の合計面積				㎡		
						指定申請を行う老人性認知症疾患療養病棟の入院患者の推定数				人		
		事業所種別⑤に該当時				入院患者1人あたり床面積				㎡		
				廊下		片廊下の幅				m		
						中廊下の幅				m		