居宅　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	（　　－　　）			
	連絡先	TEL番号		FAX番号	
		メールアドレス			
登記事項全部証明書の目的における当該事業の実施に関する番号					

事業所種別	該当する事業所種別の番号に〇を記入			
	1	介護老人保健施設	4	診療所
	2	療養病床を有する病院・診療所	5	介護医療院
	3	老人性認知症疾患療養病棟を有する病院		
指定申請を行う病棟部分の入院患者または利用者の定員			人	
指定申請を行う病棟部分の入院患者の数（2～4）			人	

管理者	フリガナ		住所	（　　－　　）
	氏　名			
	生年月日			

指定申請を行う病棟部分の従業者の職種・員数	担当医師	看護職員		介護職員		作業療法士等		精神保健福祉士等		一看護単位あたりの病床数
		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										

				基準上の必要数値	適合の可否
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					
2又は3	病室	一病室の病床数	床	床以下	
		入院患者1人あたり床面積	㎡	㎡以上	
	老人性痴呆疾患療養病棟の用に供される床面積		㎡	㎡以上	
	廊下	片廊下の幅	m	m以上	
		中廊下の幅	m	m以上	
	生活機能回復訓練室面積		㎡	㎡以上	
	デイルームと面会室の合計面積		㎡	㎡以上	
4	入院患者1人あたり床面積		㎡	㎡以上	
	廊下	片廊下の幅	m	m以上	
		中廊下の幅	m	m以上	

主な掲示事項	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		
添付書類		別添のとおり	

備考　1　「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、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　「指定申請に係る施設部分の入院患者又は入所者の定員」欄は、当該施設のうち、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。

5　当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。