

付表第一号(十七) 介護医療院の許可等に係る記載事項

施設	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 _____ ) 東京 _____ 都道 _____ 市区 _____ 府県 _____ 町村 _____								
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX 番号				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 _____ )					
	氏名									
	生年月日									
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)			名称						
				兼務する職種及び勤務時間等						
短期入所療養介護の実施の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	通所リハビリテーションの実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)			フリガナ							
			名称							
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						
療養棟名										
施設類型(いずれか一方を選択)			<input type="checkbox"/> I型介護医療院	<input type="checkbox"/> II型介護医療院						
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						
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		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
	介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			理学・作業療法士		栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数	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									
	療養室	1室の最大定員				人				
		入所者1人あたり最小床面積				㎡				
	廊下	片廊下の幅				m				
中廊下の幅				m						
機能訓練室面積				㎡						
食堂(共同生活室)面積				㎡						
入所者の予定数				人						
一日当たりの通所総利用者予定数				人						
入所定員				人						
サービス提供単位2	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					
	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		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
	介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			理学・作業療法士		栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数	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									
	療養室	1室の最大定員				人				
		入所者1人あたり最小床面積				㎡				
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
機能訓練室面積				㎡						
食堂(共同生活室)面積				㎡						
入所者の予定数				人						
一日当たりの通所総利用者予定数				人						
入所定員				人						

○通所リハビリテーション(該当する場合のみ)												
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
従業者の職種・員数		医師										
		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												
専用の部屋の面積				m <sup>2</sup>				利用定員(同時利用)				人
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
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		
		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												
営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日			
		その他(年末年始休日等)										
営業時間				:		~				:		
曜日ごとに異なる場合記入	平日			:		~				:		
	土曜日			:		~				:		
	日曜日・祝日			:		~				:		
サービス提供時間				:		~				:		
利用定員										人		
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
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		
		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												
営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日			
		その他(年末年始休日等)										
営業時間				:		~				:		
曜日ごとに異なる場合記入	平日			:		~				:		
	土曜日			:		~				:		
	日曜日・祝日			:		~				:		
サービス提供時間				:		~				:		
利用定員										人		
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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。  
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

(別添)

付表第一号(十七) 介護医療院の許可に係る記載事項 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	標準様式	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	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	標準様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	平面図	標準様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備・備品等一覧表	標準様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	併設する施設の概要		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	施設を共用する場合の利用計画		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	施設の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図(公図)		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
9	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	標準様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
10	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
11	誓約書	標準様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
12	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	標準様式7	<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。

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) 介護医療院の許可等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	

■複数療養棟

療養棟名								
施設類型(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> I型介護医療院	<input type="checkbox"/> II型介護医療院					
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					
○人員に関する基準の確認に必要な事項								
サービス提供単位3	従業者の職種・員数		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
	介護医療院及び通所 リハビリテーション従事人数	常勤(人)						
		非常勤(人)						
	常勤換算後の人数(人)							
			理学・作業療法士	栄養士	放射線技師	介護支援専門員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院及び通所 リハビリテーション従事人数	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								
療養室	1室の最大定員		人					
	入所者1人あたり最小床面積		㎡					
廊下	片廊下の幅		m					
	中廊下の幅		m					
機能訓練室面積		㎡						
食堂(共同生活室)面積		㎡						
入所者の予定数		人						
一日当たりの通所総利用者予定数		人						
入所定員		人						
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					
○人員に関する基準の確認に必要な事項								
サービス提供単位4	従業者の職種・員数		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
	介護医療院及び通所 リハビリテーション従事人数	常勤(人)						
		非常勤(人)						
	常勤換算後の人数(人)							
			理学・作業療法士	栄養士	放射線技師	介護支援専門員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院及び通所 リハビリテーション従事人数	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								
療養室	1室の最大定員		人					
	入所者1人あたり最小床面積		㎡					
廊下	片廊下の幅		m					
	中廊下の幅		m					
機能訓練室面積		㎡						
食堂(共同生活室)面積		㎡						
入所者の予定数		人						
一日当たりの通所総利用者予定数		人						
入所定員		人						

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

○人員に関する基準の確認に必要な事項											
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		
	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											
営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日			
	その他(年末年始休日等)										
営業時間		:		~		:					
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:					
	土曜日	:		~		:					
	日曜日・祝日	:		~		:					
サービス提供時間		:		~		:					
利用定員		人									
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
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		
	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											
営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日			
	その他(年末年始休日等)										
営業時間		:		~		:					
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:					
	土曜日	:		~		:					
	日曜日・祝日	:		~		:					
サービス提供時間		:		~		:					
利用定員		人									