付表１５　介護老人保健施設の許可更新に係る記載事項（その１）

※受付番号	

<table>
<tr><td rowspan="5">施
設</td><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">所 在 地</td><td colspan="3">（郵便番号　　　－　　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">（ビルの名称等）</td></tr>
<tr><td>連 絡 先</td><td>電話番号</td><td></td><td>FAX 番号</td></tr>
<tr><td colspan="3">当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文</td><td colspan="2">第　　条　第　　項　第　　号</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6">管
理
者</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="3">住所</td><td rowspan="3">（郵便番号　　　－　　　）</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3" colspan="2">同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務
（兼務の場合は施設）</td><td>カ　ナ</td><td></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td></td></tr>
<tr><td>兼務する職種</td><td></td></tr>
</table>

通所リハビリテーションの実施の有無	有・無	短期入所療養介護の実施の有無	有・無
入所者の予定数	人	一日当たりの通所総利用者予定数	人

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">従業者の職種・員数</td><td colspan="2">医　師</td><td colspan="2">薬剤師</td><td colspan="2">看護職員</td><td colspan="2">介護職員</td><td colspan="2">理学・作業療法士</td></tr>
<tr><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td></tr>
<tr><td rowspan="2">介護老人保健施設及び通所リハビリテーション従事者数</td><td>常　勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>非 常 勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">常勤換算後の人数（人）</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">※基準上の必要人数（人）</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">※適合の可否</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2">栄養士</td><td colspan="2">支援相談員</td><td colspan="2">介護支援相談員</td></tr>
<tr><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td></tr>
<tr><td rowspan="2">介護老人保健施設及び通所リハビリテーション従事者数</td><td>常　勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>非 常 勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">常勤換算後の人数（人）</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">※基準上の必要人数（人）</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">※適合の可否</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

付表１５　介護老人保健施設の許可更新に係る記載事項（その２）

施設を共用する事業所等の名称（共用する場合記入）	カナ	
	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人あたりの最小床面積	㎡	㎡以上	
廊下	片廊下の幅	m	m以上	
	中廊下の幅	m	m以上	
機能訓練室面積		㎡	㎡以上	
食堂面積		㎡	㎡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	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		基準上の必要数値	適合の可否
	㎡	㎡以上	

営業日	単位ごとの営業日
営業時間（単位ごとの実施時間を明示）	（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		主な診療科目	
	名称		主な診療科目	
	名称		主な診療科目	
	名称		主な診療科目	

添付書類	別添のとおり

備考　１　※印の欄は、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、１日当たりの通所総利用者推定数、通所リハビリテーションの状況欄は記載を要しません。

６　当該介護保健施設サービス以外のサービスを実施する場合には、当該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。

別添

介護老人保健施設

指定（許可）更新申請に係る添付書類一覧

※受付番号	

主たる事業所・施設の名称	

番号	添　付　書　類 （更新前の届出内容からの変更が無い場合は「書類省略不可」以外の場合は添付不要）	申請する事業・施設の種類			参考様式	更新前届出内容からの変更の有無	
		保健施設	短期入所	予防短期		有	無
1	開設者の登記事項証明書又は条例等					有	無
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 （組織体制図、免許・雇用契約書の写等）				参考様式1	有	無
3	施設の平面図・位置図				参考様式3	有	無
4	施設の部屋別施設一覧表				参考様式4	有	無
5	施設の設備等に係る項目一覧表				参考様式5	有	無
6	併設する施設の概要					有	無
7	施設の共用の場合の利用計画					有	無
8	敷地の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図（公図）					有	無
9	運営規程（変更有の場合は新旧対照表を併せて添付）				参考例	有	無
10	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6	有	無
11	協力医療機関との契約の内容					有	無
12	法第94条第3項各号に該当しないことを誓約する書面				参考様式9-1-(4)	書類省略不可	
13	法第70条第2項各号に該当しないことを誓約する書面 （短期入所療養介護サービスの指定施設）				参考様式9-1-(1)	書類省略不可	
14	法第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面（介護予防短期入所療養介護サービスの指定施設）				参考様式9-1-(1)	書類省略不可	
15	介護支援専門員の氏名及びその登録番号				参考様式10	有・無 書類省略不可	
16	その他（建築基準法の規定による検査済証、消防設備等検査済証、損害保険証書、賃貸借契約書等）				参考様式11等	有	無

備考　1　「受付番号」欄は、記入しないでください。

2　参考様式、参考例を掲示しているので、適宜修正のうえ使用してください。

3　添付書類の詳細については、申請書類確認票をご確認ください。

4　該当欄に「○」を付して下さい。

記入担当者連絡先		
事　業　所　名		
担　当　者　名		
連　　絡　　先	電話番号	ＦＡＸ番号