

付表 1 6-1 介護療養型医療施設の指定に係る記載事項
(病院による場合) (その1)

※受付番号

施設	フリガナ												
	名称												
	所在地	(郵便番号 -) (ビルの名称等)											
連絡先	電話番号					FAX番号							
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					第 条 第 項 第 号								
病院の開設年月日													
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)							
	氏名												
	生年月日				当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)								
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入)	名称											
		兼務する職種											
施設類型 (申請するものすべてに○)				当該病棟の病床数	左のうち申請する病床数	当該病棟の平均入院患者数	完全型	転換型	(該当する方に○)				
①療養病床を有する病棟													
②老人性認知症患者療養病床を有する病棟													
合計													
当該病棟 (全体として) の従業者の職種・員数 (①)				看護職員		介護職員		理学・作業療法士		介護支援専門員			
				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													
当該病棟 (全体として) の従業者の職種・員数 (②)				看護職員		介護職員		作業療法士		精神保健福祉士等		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													

付表16-1 介護療養型医療施設の指定に係る記載事項
(病院による場合)(その2)

※受付番号

当該病棟(全体として)の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
①	病室	1病室の最大病床数	床	床以下	
		入院患者1人あたり最小床面積	m ²	m ² 以上	
	機能訓練室		m ²	m ² 以上	
	廊下	片廊下の幅	m	m以上	
		中廊下の幅	m	m以上	
	食堂面積		m ²	m ² 以上	
②	病室	1病室の最大病床数	床	床以下	
		入院患者1人あたり最小床面積	m ²	m ² 以上	
	当該病棟の用に供される部分の床面積		m ²	m ² 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		m ²	m ² 以上	
	デイルーム及び面会室の合計面積		m ²	m ² 以上	
食堂面積(デイルームを使用する場合はその面積)		m ²	m ² 以上		
主な掲示事項			①	②	
療養病床の入院患者の定員					
利用料	法定代理受領分(一割負担分)				
	法定代理受領分以外				
その他の費用					

備考1 ※印の欄は、記入しないでください。

- 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。
- 「当該病棟の病床数」「当該病棟の平均入院患者数」「当該病棟(全体として)の従業者の職種・員数」「当該病棟(全体として)の設備基準上の数値記載項目」欄は、療養病床が病棟の一部である場合は当該一部に係る病床数、患者数、従業者の職種・員数、設備について記載してください。
- 従業者の職種・員数、設備基準上の数値記載項目、主な掲示事項は、申請する施設類型ごとに記載してください。

また、同種で複数の病棟で申請を行う場合は、病床数、従業者の職種・員数、設備基準上の数値記載項目、主な掲示事項については、病棟ごとに記載してください。

別添

介護療養型医療施設

※受付番号

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

主たる施設の名称

番号	添付書類 (更新前の届出内容からの変更がない場合は「書類省略不可」以外のものは添付不要)	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	
		療養医療	短期入所	予防短期		有	無
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等（法人以外の者が開設する病院・診療所を除く）					有	無
2	病院・診療所の使用許可証等の写					有	無
3	従業員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
4	精神保健福祉士に準ずる者の経歴書					有	無
5	施設の平面図・位置図				参考様式3	有	無
6	施設の部屋別施設一覧表				参考様式4	有	無
7	施設の設備等に係る項目一覧表				参考様式5	有	無
8	併設する施設の概要					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	法第107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9-1-⑤	書類省略不可	
12	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	
13	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	
14	役員の氏名等（管理者含む）				参考様式9-2	有・無 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	位置図（施設の場所が確認できる地図等）					書類省略不可	

- 備考
- ※印の欄は、記入しないでください。
 - 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。
 - 該当欄に「○」を付してください。
 - 次の添付書類には、原本証明をつけてください。（・定款、寄附行為、条例 ・雇用契約書）
 - 参考様式については新規の指定申請等様式と同じです。

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

付表16-2 介護療養型医療施設の指定に係る記載事項
(診療所による場合)

※受付番号

施設	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)						
		(ビルの名称等)						
連絡先	電話番号			FAX番号				
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				第 条 第 項 第 号				
診療所の開設年月日								
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏名							
	生年月日			当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入)	名称						
		兼務する職種						
全病床数	療養病床の病床数	左のうち申請する病床数	療養病床の平均入院患者数	完全型	転換型	(該当する方に○)		
入院患者に対する看護・介護に従業している従業者の職種・員数		看護職員		介護職員		介護支援専門員等		
		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						
療養病床部分の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		
病室	1病室の最大病床数		床		床以下			
	入院患者1人あたり最小床面積		㎡		㎡以上			
廊下	片廊下の幅		m		m以上			
	中廊下の幅		m		m以上			
食堂面積		㎡		㎡以上				
主な掲示事項								
療養病床の入院患者の定員								
利用料	法定代理受領分 (一割分)							
	法定代理受領分以外							
その他の費用				別添のとおり				

備考1 ※印の欄は、記入しないでください。

- 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。
- 「入院患者に対する看護・介護に従事している従業者の職種・員数」欄は、療養病床に係る従業者の職種・員数について記載してください。
- 「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。
- 当該指定介護療養型医療施設サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定介護療養型医療施設サービス部分とそれ以外の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
介護療養型医療施設

※受付番号	
-------	--

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

主たる施設の名称	
----------	--

番号	添付書類 (更新前の届出内容からの変更がない場合は「書類省略不可」以外のものは添付不要)	申請する事業・施設の種別			参考様式	更新前届出内容からの変更の有無	
		療養医療	短期入所	予防短期		有	無
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等（法人以外の者が開設する病院・診療所を除く）					有	無
2	病院・診療所の使用許可証等の写					有	無
3	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
4	精神保健福祉士に準ずる者の経歴書					有	無
5	施設の平面図				参考様式3	有	無
6	施設の部屋別施設一覧表				参考様式4	有	無
7	施設の設備等に係る項目一覧表				参考様式5	有	無
8	併設する施設の概要					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	法第107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9-1-⑤	書類省略不可	
12	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	
13	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	
14	役員の氏名等				参考様式9-2	有・無 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	位置図（施設の場所が確認できる地図等）					書類省略不可	

- 備考
- ※印の欄は、記入しないでください。
 - 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。
 - 該当欄に「○」を付してください。
 - 次の添付書類には、原本証明をつけてください。
・定款、寄附行為、条例 ・雇用契約書
 - 参考様式については新規の指定申請等様式と同じです。

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