

付表 15 介護老人保健施設の許可に係る記載事項（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人あたりの最大床面積		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	
機能訓練室面積			m ²		m ² 以上	
食堂面積			m ²		m ² 以上	
主な揭示	入所定員	人				
	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						
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	言語聴覚士	看護職員	介護職員
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						
専用の部屋等の面積					基準上の必要数値	適合の可否
					m ²	m ² 以上
営業日		単位ごとの営業日				
営業時間 (単位毎の実施時間を明示)		(: ~ : : ~ : : ~ :)				
利用定員		人(単位ごとの定員 人、 人、 人)				
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						
通常の事業実施地域						
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			
添付書類		別添のとおり				

- 備考1 「受付番号」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宣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 「主な提示事項」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、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、当該介護保健施設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。