

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">※受付番号</div>													
施設	フリガナ												
	名称												
	所在地		(郵便番号 -)										
			(ビルの名称等)										
直通連絡先		直通電話番号			FAX番号			E-mail					
管理者	フリガナ		住所		(郵便番号 -)			生年月日					
	氏名												
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設		事業所等の名称		兼務する職種及びその職種に従事する時間等								
通所リハビリテーション等の実施の有無			有 ・ 無			短期入所療養介護等の実施の有無			有 ・ 無				
入所者の予定数			人			1日当たりの通所総利用者予定数			人				
介護医療院及び通所リハビリテーション等の従業者の職種及び員数		医 師		薬 剤 師		看 護 職 員		介 護 職 員					
		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													
介護医療院及び通所リハビリテーション等の従業者の職種及び員数		理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士		栄 養 士		介護支援専門員		診療放射線技師		調理員、事務員その他の従業者			
		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													
併設施設又は事業所の名称 (ある場合に記入してください。)			フリガナ										
			名 称										
介護医療院及び通所リハビリテーション等の設備基準上の数値記載項目等					※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人当たり最小床面積		平方メートル		平方メートル以上								
廊下	片廊下の幅		メートル		メートル以上								
	中廊下の幅		メートル		メートル以上								
機能訓練室の面積		平方メートル		平方メートル以上									
食堂の面積		平方メートル		平方メートル以上									
建築物の構造概要													
面積			平方メートル		平方メートル以上								
通所リハビリテーション等の従業者の職種及び員数		理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士		看護職員		介護職員		医師					
		専 従		兼 務		専 従		兼 務					
		常 勤 (人)											
非 常 勤 (人)													
通所リハビリテーション等の設備基準上の数値記載項目等													

専用 の 部 屋 等 の 面 積		平方メートル										
施設を共用する場合の事業所等の名称 (共用する場合に記入してください。)		フリガナ										
		名 称										
主 な 掲 示 事 項	介護 医 療 院	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 等	営 業 日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	
		営 業 時 間	平日		時 分から 時 分まで		土曜		時 分から 時 分まで		日曜又は祝日	時 分から 時 分まで
			(備考)									
	利 用 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 常 の 事 業 の 実 施 地 域	①	②		③			④		⑤			
	(備考)											
協 力 病 院	名 称				診 療 科 名							
	名 称				診 療 科 名							
	名 称				診 療 科 名							

- 注1 ※印の欄は、記入しないこと。
- 2 協力歯科医療機関がある場合は、「協力病院」の欄に併せて記入すること。
- 3 次に掲げる書類を添付すること。
- (1) 開設者の登記事項証明書又は条例等
 - (2) 敷地の面積を記載した書類及び平面図並びに敷地周囲の見取図
 - (3) 併設する施設がある場合にあつては、当該併設する施設の概要を記載した書類
 - (4) 建物の構造概要を記載した書類及び各室の用途を明示した平面図並びに施設及び構造設備の概要を記載した書類
 - (5) 施設を共用する場合にあつては、その利用計画を記載した書類
 - (6) 運営規程
 - (7) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
 - (8) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
 - (9) 協力病院（協力歯科医療機関を含む。）との契約の内容を記載した書類
 - (10) 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第138条第1項第15号に規定する誓約書
 - (11) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号を記載した書類
 - (12) 当該介護医療院サービス以外のサービスを実施しようとするときは、当該介護医療院サービスに係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表
- 4 健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第48条第1項第3号の規定に基づき介護療養施設サービスに係る指定介護療養型医療施設の指定を受けている場合であつて、令和6年3月31日までの間に移行（当該指定介護療養型医療施設の全部を廃止するとともに、介護保険法第107条第1項の規定による介護医療院を開設することをいう。）をしようとするときにおいて、既に知事に提出している介護保険法施行規則第138条第1項第6号、第7号、第10号、第12号及び第16号に掲げる事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略することができる。
- 5 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。