様式第18号（第16条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 介護老人保健施設開設許可申請書 | 手数料欄 |
| 令和　　年　　月　　日 | |

広島県知事様

郵便番号

申請者　法人の主たる事務所の所在地

法人の名称及び代表者の職氏名

　次のとおり，介護老人保健施設の開設の許可を受けたいので，介護保険法第94条第1項(平成9年法律第123号)の規定により，関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | |
| 開設予定年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 敷地の面積 | m2(用途地域の別　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 建物の構造概要 | 造　　　　　階建　　　　建築面積　　　　　　m2  延べ面積　　　　　　m2 | | | | | | | | | | | |
| 療養室 | 室名又は  部屋番号 | | 定員 | 床面積 | | | | 1人当たり床面積 | | 場所 | | 設備 |
|  | | 人 | m2 | | | | m2 | | 階 | |  |
| 共同生活室 | 床面積 | | m2 | | | | | 入所者1人当たりの床面積 | | | | m2 |
| 主な器械・  器具・設備 | |  | | | | | | | | | |
| 診察室 | 床面積 | | m2 | | | | | | | | | |
| 主な器械・  器具・設備 | |  | | | | | | | | | |
| 機能訓練室 | 床面積 | | m2 | | 入所者等1人当たりの床面積 | | | | | | m2 | |
| 主な器械・  器具・設備 | |  | | | | | | | | | |
| 共用の有無 | |  | | | | | | | | | |
| 談話室 | 床面積 | | m2 | | | 入所者等1人当たりの床面積 | | | | | m2 | |
| 主な設備 | |  | | | | | | | | | |
| 食堂 | 床面積 | | m2 | | | | 入所者等1人当たりの床面積 | | | | | m2 |
| 主な設備 | |  | | | | | | | | | |
| 共用の有無 | |  | | | | | | | | | |
| 浴室 | 種類 | | 一般浴室 | | | | | | 特別浴室 | | | |
| 床面積 | | m2 | | | | | | m2 | | | |
| 主な設備  (構造設備上の配慮) | |  | | | | | |  | | | |
| 共用の有無 | |  | | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| レクリエーション・ルーム | 床面積 | m2 | | 入所者等1人当たりの床面積 | | m2 |
| 主な設備 |  | | | | |
| 共用の有無 |  | | | | |
| 洗面所 | 床面積 | 場所 | | | 設備 | |
| m2 | 階 | | |  | |
| 便所 | 床面積 | 場所 | | | 設備 | |
| m2 | 階 | | |  | |
| サービス・ステーション | 床面積 | 場所 | | | 主な器械・器具・設備 | |
| m2 | 階 | | |  | |
| 調理室 | 床面積 | m2 | | | | |
| 防虫・防そ設備の状況 |  | | | | |
| 食器消毒設備の状況 |  | | | | |
| 食器・食品の保管設備の状況 |  | | | | |
| 共用の有無 |  | | | | |
| 洗濯室又は洗濯場 | 床面積 | m2 | | | | |
| 主な器械・  器具・設備 |  | | | | |
| 共用の有無 |  | | | | |
| 汚物処理室 | 床面積 | m2 | | | | |
| 主な器械・  器具・設備 |  | | | | |
| 共用の有無 |  | | | | |
| その他の施設 | 家族相談室 | 床面積 | m2 | | | |
| ボランティア・ルーム | 床面積 | m2 | | | |
| 家族介護教室 | 床面積 | m2 | | | |
| 通所リハビリテーション専用室 | 床面積 | m2 | | | |
|  | 床面積 | m2 | | | |
|  | 床面積 | m2 | | | |
|  | 床面積 | m2 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 耐火構造・簡易耐火構造の別 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 廊下の幅 | | | | | 場所 | | | | | | 片廊下 | | 中廊下 | | | | | | | 設備 | | | | | |
| 階 | | | | | | m | | m | | | | | | |  | | | | | |
| 療養室のある最上階 | | | | | | | | | | | | | 階段の数 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 直通階段 | | | | | | | | | | | | | | | | エレベーター | | | | | | 避難階段 | | | |
| 幅 | | けり上げ | | | | 踏面 | | | 踊り場の幅 | | | 設備 | | | | 基数 | | 定員 | | | | 数 | うち直通階段を代替するものの数 | | |
| cm | | cm | | | | cm | | | cm | | |  | | | |  | | 人 | | | |  |  | | |
| 消防用設備その  他非常災害設備 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所定員 | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所者の予定数 | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業員数 | 職名 | | | | | | | | | 基準上の必要人数  (常勤換算) | | | | 現員  (常勤換算) | | | | | 専任 | | | | | 兼務 | 非常勤 |
| 医師 | | | | | | | | | 人 | | | | 人 | | | | | 人 | | | | | 人 | 人 |
| 薬剤師 | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  |  |
| 看護職員 | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  |  |
| 介護職員 | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  |  |
| 理学療法士，作業療法士又は言語聴覚士 | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  |  |
| 支援相談員 | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  |  |
| 栄養士 | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  |  |
| 介護支援専門員 | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  |  |
| 開設者  （代表者） | | | 職氏名 | | | | | | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | |  | |
| 住所 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | 住所 | | (〒　　　-　　　　) | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入) | | | | | | | 事業所等名称 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員氏名 | | | | | | |  | | | | | | | | 登録番号 | | | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 併設施設の概要 | 名称 |  | | 種別 |  | |
| ベッド数 | 床 | | 病(居)室数 | | 室 |
| 職員の配置状況 | 医師 | 人 | | | |
| 薬剤師 | 人 | | | |
| 看護職員 | 人 | | | |
| 介護職員 | 人 | | | |
| 理学療法士，作業療法士又は言語聴覚士 | 人 | | | |
| 支援相談員 | 人 | | | |
| 栄養士 | 人 | | | |
| 介護支援専門員 | 人 | | | |
| 協力病院 | 名称 |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
| 診療科名 |  | | | | |
| 病床数 | 床 | | | | |
| 職員の配置状況  (併設の場合は省略可) | 医師 | 人 | | | |
| 看護職員 | 人 | | | |
| その他 | 人 | | | |
| 介護老人保健施設からの距離 | km　　　　　　徒歩　　　　　　分  車　　　　　　分 | | | | |
| 契約内容 |  | | | | |

添付書類　1　申請者が法人であるときは，登記事項証明書

　　　　　2　敷地の平面図

　　　　　3　敷地周辺の見取図

　　　　　4　建物の正面図等及び各階ごとの平面図

　　　　　5　施設が共用の場合の利用計画書

　　　　　6　管理者が医師であるときは，医師免許書の写し

　　　　　7　運営規程

　　　　　8　従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類

　　　　　9　業務予定表

　　　　　10　協力病院との契約書の写し

　　　　　11　入所者からの苦情を処理するために講じる措置の概要

　　　　　12　誓約書

　　　　　13　その他必要と認められる書類