開設許可（更新）申請書作成補助表

施　設　名

事業所番号

１　下表の太線の枠内を記入してください。

※　職種により時間数が異なる場合，欄を追加して記載すること

介護老人保健施設

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入所定員 | 直近１年間の入所定員の増減 | 左記で「あり」の場合の変更期日 |
|  | あり・なし | 平成　　年　　月　　日常勤の時間数（週当たり）　　　　　　時間（32～40時間） |

２　下表の太線の枠内を記入してください。

介護老人保健施設

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 項　　目 | 算　　　　　　　　式 | 計算結果 | 実配置人数（常勤換算） |
| Ａ | 入所者数 | 前年度の平均値（毎年4月１日から翌年３月31日までの入所者延数を当該前年度の日数で除して得た数（小数点第2位以下を切り上げ）） |  | － | － |
| Ｂ | 医師 | Ａ÷１００（常勤換算方法）以上※　１名は常勤であること。 |  | B’ |  |
| Ｃ | 薬剤師 | 適当数（Ａ／３００以上が標準）※　他施設と兼務する場合には，勤務表にも記載してください。 | 　－ | C’ |  |
| Ｄ | 看護職員・介護職員 | Ａ／３以上（常勤換算方法，小数点以下を切り上げ）※　看護職員：看護・介護職員の２／７程度　　介護職員：看護・介護職員の５／７程度* 原則として，常勤であること。
 |  | D’ |  |
| Ｅ | 支援相談員 | １人以上※　常勤職員であること※　Ａ＞１００のとき　　　常勤１人＋（入所者数－１００）／１００　　　　（常勤換算方法） |  | E’ |  |
| Ｆ | 理学療法士，作業療法士又は言語聴覚士 | Ａ／１００（常勤換算方法）以上* 本体施設以外の勤務時間を含まないこと。
 |  | F’ |  |
| Ｇ | 栄養士 | 入所定員１００以上の施設においては，常勤職員１人以上※　１００人未満の施設でも，常勤職員の配置に努めること。 |  | G’ |  |
| Ｈ | 介護支援専門員 | 1人以上* Ａ÷１００（小数点以下を切り上げ）
* 1名は常勤であること。
 |  | H’ |  |

※　状況が分かるものであれば既存の資料を添付することとしても支障ありません。