様式第20号（第16条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　介護老人保健施設開設許可更新申請書 | 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の更新を受けたいので，介護保険法(平成9年法律第123号)第94条の2第1項の規定により，関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 現に受けている許可の有効期間満了年月日 | 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1人当たりの床面積 | m2 |
| 主な設備 | 　 |
| 食堂 | 床面積 | m2 | 入所者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 | 　 |
| 共有の有無 | 　 |
| 洗濯室又は洗濯場 | 床面積 | m2 |
| 主な器械・器具・設備 | 　 |
| 共有の有無 | 　 |
| 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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 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 | 　 |
| 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 |
| 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