（別紙８－２）

**法人名（　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |
| --- | --- |
| 実施予定事業 | **介護医療院（　従来型　・　ユニット型　）** |
| 併設事業所 | 有　・　無 | * 開設済　　　　□　開設予定（　　　年　　　月）
 |
| 種別（定員） |  |
| 入所定員 | 　　　　　　　　人 | 従来型 | 　　　　　　　　　　人部屋　×　　　　　部屋 |
| ユニット型 | 名　×　　　　　ユニット |
| **整備可能最低床数** | **人** | ※２１床（計画床数）未満で複数の法人による募集があった場合、最低床数以上の床数で次点の法人に整備を調整させていただく場合があります（希望がなければ空欄で可）。 |
| （介護予防）通所リハビリテーションの実施の有無 | 有　　　・　　　無 |
| 一日当たりの通所リハビリテーション総利用者予定数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| （介護予防）短期入所療養介護の実施の有無 | 有　　　・　　　無 |
| （介護予防）訪問リハビリテーションの実施の有無 | 有　　　・　　　無 |
| 従業者の職種・員数 | 医　　師 | 薬剤師 | 看護職員 | 介護職員 |
| 専　従 | 兼 　務 | 専　従 | 兼 　務 | 専　従 | 兼 　務 | 専　従 | 兼 　務 |
|  | 常　勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 従業者計（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 理学・作業療法士等 | 栄養士又は管理栄養士 | 介護支援専門員 | 診療放射線技師 |
| 専　従 | 兼 　務 | 専　従 | 兼 　務 | 専　従 | 兼 　務 | 専　従 | 兼 　務 |
| 常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 従業者計（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施設を共用する事業所等の名称（共用する場合記入） | 名　称 |  |
| 設備基準上の数値記載項目等 |
|  | 療養室 | １室の最大定員 | 人 |
| 入所者１人当たりの最小床面積 | ㎡ |
| 廊下 | 片廊下の幅 | ｍ |
| 中廊下の幅 | ｍ |
| 機能訓練室面積 | ㎡ |
| 食堂面積（共同生活室） | ㎡ |
| その他の費用（介護保険外の利用者負担） | 項目 | 費用額 |
| 食費 |  |
| 居住費 |  |
| その他（　　　　　　　　　） |  |

備考 １　（従来型・ユニット型）のいずれかを○で囲んでください。

２　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するかまたは別様に記載した書類を添付してください。