**付表16-1　介護療養型医療施設の指定に係る記載事項（病院による場合）（その２）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 当該病棟（全体として）の設備基準上の数値記載項目 | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
|  | ① | 病室 | １室の最大病床数 | 床 | 床以上 |  |
| 入院患者１人当たり最小床面積 | ㎡ | ㎡以上 |  |
| 機能訓練室 | ㎡ | ㎡以上 |  |
| 廊下 | 片廊下の幅 | ｍ | ｍ以上 |  |
| 中廊下の幅 | ｍ | ｍ以上 |  |
| 食堂面積 | ㎡ | ㎡以上 |  |
| ② | 病室 | １室の最大病床数 | 床 | 床以下 |  |
| 入院患者１人当たり最小床面積 | ㎡ | ㎡以上 |  |
| 当該病棟の用に供される部分の床面積 | ㎡ | ㎡以上 |  |
| 廊下 | 片廊下の幅 | ｍ | ｍ以上 |  |
| 中廊下の幅 | ｍ | ｍ以上 |  |
| 生活機能回復訓練室 | ㎡ | ㎡以上 |  |
| デイルーム及び面会室の合計面積 | ㎡ | ㎡以上 |  |
| 食堂面積（デイルームを使用する場合はその面積） | ㎡ | ㎡以上 |  |
| ③ | 病室 | 入院患者１人当たり最小床面積 | ㎡ | ㎡以上 |  |
| 廊下 | 片廊下の幅 | ｍ | ｍ以上 |  |
| 中廊下の幅 | ｍ | ｍ以上 |  |
| 主な掲示事項 | ① | ② | ③ |
|  | 入院患者の定員 |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 添付書類 | 別添のとおり |

注1　「受付番号」、「基準上の必要人数」、「基準上の必要数値」、「適合の可否」欄は、記入しないでください。

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。

3　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4　従業者の職種・員数、設備基準上の数値記載項目、主な掲示事項は、申請する施設類型ごとに記載してください。また、同種で複数の病棟で申請を行う場合は、病床数、従業者の職種・員数、設備基準上の数値記載項目、主な掲示事項については、病棟ごとに記載してください。