様式47

P257

重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出書

従事者数	精神科医師	常勤	名	非常勤	名
	専従の作業療法士	常勤	名	非常勤	名
	専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
	精神病棟勤務の経験を有する専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
	その他の専従の従事者 （職名：　　） （職名：　　）	常勤	名 名	非常勤	名 名

専用の施設の面積 （患者１人当たり	平方メートル 平方メートル）
専用の器械・器具	

［記載上の注意］

1　重度認知症患者デイ・ケア料の従事者の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。

2　届出事項に係る専用の施設の面積を記入し、配置図及び平面図を添付すること。

3　届出事項に係る専用の器械・器具の目録を記入すること。