

愛知県 保健医療局健康医務部 国民健康保険課
 保険・後期高齢者医療グループ宛て

整理番号 B,01,11,23

郵送した封筒にある番号を記載。※
 番号が不明である場合は、記載なし
 でも問題ありません。

別紙様式

特別養護老人ホーム等の施設の状況及び配置医師等について

(令和7年6月1日現在)

施設の種別		2.特別養護老人ホーム		
施設の名称		〇〇〇荘		
施設の状況	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 愛知県〇〇市〇〇〇		
	開設(経営)主体	社会福祉法人〇〇〇		
	開設者名(代表者)	社会福祉法人〇〇〇	代表者氏名 理事長〇〇〇〇	
	定員	50	名	
	併設医療機関の有無	無		
併設医療機関の状況	名称	該当の施設区分を選択 1 養護老人ホーム(定員111名以上のもの) 2 特別養護老人ホーム		
	所在地	3 指定短期入所生活介護事業所(指定介護予防短期入所生活介護事業所を含む。特別養護老人ホームと併設されている事業所を除く)		
	開設(経営)主体	4 救護施設(病院若しくは診療所と併設されているもの又は定員111名以上のもの)		
	開設者名(代表者)	5 児童心理治療施設 6 指定障害者支援施設(生活介護を行う事業所に限る。) 7 療養介護事業所		
医師の状況	医師氏名	〇〇 〇〇		
	常勤の有無	有		
	専門の診療科	内科、耳鼻科、皮膚科		
	勤務形態	勤務日数	一月あたり 12 日/月	←(曜日等)
		勤務時間	毎週/隔週/随時 毎週 3 日/週・隔週	←(曜日等)
		勤務時間	9:30 ~ 10:30 月 15:00 ~ 16:00 水	←(曜日等)
	配置契約の有無	有		
契約期間	2025年4月 ~ 2026年3月			
所属医療機関の状況	名称	〇〇病院		
	所在地	愛知県〇〇市〇〇〇		

(問い合わせ先)

所属	〇〇課	氏名	〇〇 〇〇	電話番号	〇〇-〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス	〇〇〇〇〇.jp (個人のアドレスではなく、所属等のアドレスを記入して下さい)				

電子メールの場合、PDFではなくExcelにより提出してください。

＜施設に複数の医師が配置されている場合＞
 ・2人目以降の医師については、追記様式の「医師の状況」欄に記入してください。(その他の箇所は記入不要です。)
 ・1医師につき1シートの回答をお願いします。
 ・追記様式が足りない場合は、シートをコピーの上、回答してください。