

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 102011123

別紙様式

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。

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8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	所在地の郵便番号(7桁)(〒)	000-0000		
	所在地	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・勤務時間	隔週1回土曜日 14:00から15:00まで		
		毎月〇回、毎週〇回、隔週〇回など記入の形式は自由ですが、頻度、曜日、時刻まで、可能な範囲で詳しい記載をお願いします。 記載例:毎週金曜日14:00から15:00まで ※令和8年度から記入形式を変更しています。		
	配置契約の有無	有		
	契約期間	2026年4月	～	2027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。