別紙様式５

**理学療法士等確保事業計画書**

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 住　所 |  |
| 病床数 | 床【内訳：一般病床　　　床、療養病床　　　床、精神病床　　　　床、　感染症　　　　床】 |
| 連絡先 | （担当者）[所属] [氏名]（電　話） （E-mail） |

**１　病床転換計画**

**(1)急性期病床　　　　　　　床のうち　　　　　　　　床を　回復期病床 へ転換**

　　[　(基本入院料・特定入院料を記載)　] 　　　　　　　　　[　(基本入院料・特定入院料を記載)　]

**(2)病床転換時期 　令和　 　年　 　月**

**２　理学療法士等雇用計画**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病棟名 | 施設基準を満たすために必要な理学療法士等配置人数 | 新たに雇用が必要な理学療法士等人数 |
| ［病棟名］［基本入院料・特定入院料］ | 理学療法士　　　　　名 | 理学療法士　　　　　名 |
| 作業療法士　　　　　名 | 作業療法士　　　　　名 |
| 言語聴覚士　　　　　名 | 言語聴覚士　　　　　名 |
| 　　計　　　　　　　名 | 　　計　　　　　　　名 |
| 理学療法士等新たに雇用する者（補助対象者） | 雇用期間（雇用開始予定日） | 雇用する者の人件費（円） |
| ［職種］［氏名］ | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | 本俸(A) |  |
| 職員手当等(B) |  |
| 共済費(C) |  |
| 計(D=A+B+C） |  |
| 月単価(D／●)　 |  |
| 上記●は、 採用予定月～R2年3月までの月数を記載 |

※「本俸(A)」：報酬、給料、賃金、報償費等、職員手当・共済費以外の給与本体の年額

「職員手当等(B)」：期末勤勉、寒冷地、管理職、扶養、住居、通勤、医学研究、特殊勤務、時間外手当等の年額

「共済費（事業主負担分）(C)」：健康保険、年金、労災、雇用保険等事業主負担分の年額