付表８－２　短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定に係る記載事項

　　　　　　（空床利用型従来型・併設事業所型従来型）

|  |  |
| --- | --- |
|  受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設 |  フリガナ |  |
|  名　　称 |  |
|  所在地 | （郵便番号　　　　　－　 　　　　　　）　　　　　 　　　 県 　　郡市 |
| (ビルの名称等) |
|  連絡先 | 電話番号 |  |  FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 管理者 |  フリガナ |  |  住 所 | （郵便番号　　　－　 　　　　） |
|  氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入） |  名 称 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
|  |
| 空床型・併設型の別 |  空 床 型 ・ 併 設 型 | 本体施設の種別･名称 |  |  |
| 入所者数 |  人（推定数を記入） | 短期入所利用者数 |  　 人(推定数を記入) |
| 　従業者の職種・員数 | 　　医　　師 |  　生活相談員 | 　 看護職員 | 栄養士を配置しない場合の措置 |
|  専 従 | ※兼 務 |  専 従 | ※兼 務 |  専 従 | ※兼務 |
|  | 短期入所生活介護及び本体施設従事者人数  | 常　勤(人) |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤(人) |  |  |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人数（人） |  |  |  |
| 基準上の必要人数（人） |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |
|  | 　 介護職員 | 　　栄 養 士 | 機能訓練指導員 |
|  専 従 | ※兼 務 |  専 従 | ※兼 務 |  専 従 | ※兼務 |
|  | 短期入所生活介護及び本体施設従事者人数 | 常　勤(人) |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤(人) |  |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人数(人) |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数（人） |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |
| 設備基準上の数値記載項目等 | 　基準上の必要数値　 | 　 適合の可否 |
|  | 居室 | 1室当たりの最大定員 |  人 |  　人以下 |  |
| 利用者1人あたり最小床面積 |  ㎡ |  ㎡以上 |  |
| 食堂と機能訓練室の合計面積 |  ㎡ |  ㎡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 | 入所･入院定員 |  人 | 短期入所利用定員数 |  人 |
| 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 |  |
| 通常の送迎の実施地域 |  |
| 協力療医機　関 | 　名　　称 |  |  主な診療科名 |  |
| 　名　　称 |  |  主な診療科名 |  |
| 　名　　称 |  |  主な診療科名 |  |
| 　名　　称 |  |  主な診療科名 |  |
| 　 添付書類 | 別添のとおり |

備考　１　この様式は、特別養護老人ホームの空床を利用して実施する場合又は特別養護老人ホーム等に設置して実施　　　　する場合に使用してください。

　　　２　｢受付番号｣、「基準上の必要人数」、｢適合の可否｣及び「基準上の必要数値」欄は､記載しないでください。

　　　３ 「同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務」欄は、管理者が兼務する場合に記載してください。

　　　４ 「入所者数」及び「短期入所利用者数」欄は、推定数を記載してください。

 　 ５ ｢※兼務｣欄は､本体施設以外との兼務を行う職員について記載してください。

　　　６ ｢主な掲示事項｣欄については､この欄の記載に代えて､別に資料を添付して差し支えありません。

　　　７ 記載欄が不足する場合は､適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。