付表８－３ 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（単独型・ユニット型）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事  業  所 | 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 | |  | | | | | | | | | | | |
| 当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の推計数 | | | | | | | | 人 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | | 医　　師 | | | | | | 生活相談員 | | | | | | | 看護職員 | | | | 介護職員 | | |
| 専 従 | | | 兼 務 | | | 専 従 | | | | 兼 務 | | | 専 従 | | | 兼 務 | 専 従 | | 兼 務 |
|  | 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 | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | 栄 養 士 | | | | | | 機能訓練指導員 | | | | | | | 栄養士を配置していない場合の措置 | | | | | | |
| 専 従 | | | 兼 務 | | | 専 従 | | | | 兼 務 | | |
| 常 勤（人） | | | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |
| 非常勤（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 | |
|  | ユニット数 | | | | | | | | | ユニット | | | | | | | | | － | | | | | | | － | |
| ユニットの定員 | | | | | | | | | ～ 人 | | | | | | | | | 人以下 | | | | | | |  | |
| 個室の面積 | | | | | | | | | ～ ㎡ | | | | | | | | | ㎡以上 | | | | | | |  | |
| ユニット内の共同生活室の面積 | | | | | | | | | ～ ㎡ | | | | | | | | | ㎡以上 | | | | | | |  | |
| 耐火建築物､準耐火建築物の別 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主  な  掲  示  事  項 | 利用定員 | | | | | | 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 ｢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。

　　 　２「当該事業所で兼務する他の職種」及び「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。

　　 　３ ｢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。

　　　 ４ 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下さい。