

付表8-4 共生型(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

		受付番号		
事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -)		
		(ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
メールアドレス	※必須			
同一事業所内での障がい福祉サービス(短期入所)実施内容		実施事業	事業所名	事業所番号
				指定年月日
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)		
	氏名	住所		
	生年月日			
	同一敷地内の他の事業所又は施設内の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	事業所等の名称 兼務する職種及び勤務時間帯		
本体施設の概要		種別及び名称	入所者推定数	
			人	
空床型・併設型の別	空床型	併設型	短期入所利用者推定数	人
ユニットごとの利用定員(ユニット型の場合)	①	②	③	④
		人	人	人
従業者の職種・員数		医師	生活相談員	看護職員
		専従	※兼務	専従
		専従	※兼務	専従
		専従	※兼務	専従
		専従	※兼務	専従
短期入所生活介護及び本体施設従事人数		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				
		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
		専従	※兼務	専従
短期入所生活介護及び本体施設従事人数		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
居室	1室あたりの最大定員	人		人以上
	利用者1人あたりの最小床面積	㎡		㎡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
耐火構造物、準耐火構造物の別				
主な揭示事項	短期入所利用定員数	人		入所・入院定員数
	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			
通常の事業の実施地域				

居室種類別利用定員		ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室	多床室
		人	人	人	人
協力 医療 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			

【記載上の注意】

- 1 本様式は、特別養護老人ホームの空床を利用して事業を行う場合又は特別養護老人ホームに併設する事業所において事業を行う場合に係る申請に利用してください。
- 2 「受付番号」、「基準上必要人数」、「基準上の必要数値」、「適合の可否」欄には記載しないでください。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 4 「空床型・併設型の別」欄は、空床型・併設型のいずれか一方又は両方に○を付してください。
- 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 「常勤換算後の人数」は小数点第2位以下を切り捨てた値です。
- 7 「耐火構造物、準耐火構造物の別」欄には、「耐火構造物」又は「準耐火構造物」若しくは「その他」の別を記載してください。
- 8 「入所・入院定員数」の欄は、本体施設の定員数を記載してください。
- 9 特別養護老人ホームと同時に申請する場合は、本様式への記載を要しません。
- # 今後、介護保険に関する本市からのお知らせ通知については、電子メールのみにすることを想定しているため、「メールアドレス」は必ず記載してください。