

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の指定に係る記載事項

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|----|------------------|-----------|-----------|-----|------------|----|
| 事業所 | フリガナ 名 称 | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | | | | |
| | | 電子メールアドレス | | | | | | | |
| 当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文 | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ 氏 名 | | | 住 所 | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | |
| | 当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | | | | | | | | |
| | 同一敷地内の他の事業所又は 施設の従業者との兼務 （兼務の場合のみ記入） | 名 称 | | | | | | | |
| | | 介護保険事業所番号 | | | | | | | |
| | | 兼務する職種及び 勤務時間等 | | | | | | | |
| 事業の実施形態 | | 単 独 型 ・ 空 床 利 用 型 ・ 併 設 事 業 所 型 | | | | | | | |
| * 本体施設 | 種 別 | | | | 介護保険事業所番号 | | | | |
| | 名 称 | | | | 開 設 年 月 日 | | | | |
| 利用者数（推定数） | | 人 | | * 本体施設の入所者数（推定数） | | 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 | | 介護支援専門員等 | | 調理員その他の従業者 | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 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 | | | | | | | | | |
| 栄養士を配置していない場合の措置 | | | | | | | | | |
| 設備基準項目 | | | | | | ※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人当たりの最小床面積 | | | | ㎡ | | ㎡以上 | | |
| 食堂及び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 | | |
| 耐火建築物、準耐火建築物等の別 | | | | | | | | | |
| 主 な 掲 示 事 項 | 本体施設の入所定員等 | | 人 | | 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 医 療 機 関 | 名 称 | | | | 診 療 科 名 | | | | |
| | 名 称 | | | | 診 療 科 名 | | | | |

- 備 考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - 「事業の実施形態」欄は、該当するものを○で囲むこと。
 - *印の欄は、「事業の実施形態」が空床利用型又は併設事業所型の場合に、記入すること。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

共生型居宅サービスに係る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の指定に係る記載事項
指定短期入所事業者用

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---------|---------------------------|-----------|-----------------|----|-------|----|--------|----|
| 事業所 | フリガナ 名 称 | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | F A X 番号 | | | | | |
| | | 電子メールアドレス | | | | | | | | | |
| 当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文 | | | | | | | | | | | |
| 管 理 者 | フリガナ 氏 名 | | | | 住 所 | | | | | | |
| | 生 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | 当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | | | | | | | | | | |
| | 同一敷地内の他の事業所又は 施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入) | | | 名 称 | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種及び 勤務時間等 | | | | | | | | | | | |
| 事業の実施形態 | | 単 独 型 ・ 空 床 利 用 型 ・ 併 設 事 業 所 型 | | | | | | | | | |
| * 本体施設 | 種 別 | | | | 事 業 所 番 号 | | | | | | |
| | 名 称 | | | | 定 員 | | | | | | |
| 空床型の場合の施設の入所者定員数 | | 人 | | 併設型・単独型の場合の施設の入所者定員数（推定数） | | | | 人 | | | |
| 単独型事業所の居室 | 1室の最大定員 | 人 | | 入所者1人当たりの最小床面積 | | | | ㎡ | | | |
| 従業者の職種・員数 | | 医師 | | 看護職員 | | 心理判定員 | | 職能判定員 | | 理学療法士 | |
| | | 専従 | 兼務 | 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 | | | | | | | | | | | |
| | | 作業療法士 | | 機能訓練指導員 | | あん摩マッサー ジ指圧師 | | 生活支援員 | | 職業指導員 | |
| | | 専従 | 兼務 | 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 | | | | | | | | | | | |
| | | 就労支援 | | 介護職員 | | 児童指導員 | | 保育士 | | その他従業者 | |
| | | 専従 | 兼務 | 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 | | | | | | | | | | | |
| 主 な 掲 示 事 項 | 指定短期入所の内容 | | 宿泊を伴うもの | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | |
| | その他参考となる事項 | 第三者評価の実施有無 | | | | 有 ・ 無 | | | | | |
| 苦情解決措置の概要 | | 窓口（連絡先） | | | | 担当者 | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | |
| 協 力 医 療 機 関 | 名 称 | | | | 診 療 科 名 | | | | | | |

- 備考 1 ※印の欄には、記入しないこと。
 2 「事業の実施形態」欄は、該当するものを○で囲むこと。
 3 *印の欄は、「事業の実施形態」が空床利用型又は併設事業所型の場合に、記入すること。
 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。