

記載例

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	タンキニューショセイカツカイゴジギョウショ ●●●●							
	名称	短期入所生活介護事業所 ●●●●							
	所在地	(郵便番号 ●●● - ●●●●) 浜松市●●区●●町●●●●-●●							
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			第●●条第●●項						
管理者	フリガナ	●●● ●●●	住所 浜松市●●区●●●-●●						
	氏名	●● ●●							
	生年月日	●●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	介護老人福祉施設 ●●●●							
	介護保険事業所番号	●●●●●●●●●●							
	兼務する職種及び勤務時間等	管理者 ● : ●●~● : ●●							
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	介護老人福祉施設	介護保険事業所番号 ●●●●●●●●●●						
	名 称	介護老人福祉施設 ●●●●	開 設 年 月 日 ●●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		●●	m ²	●●		m ² 以上		
食堂及び機能訓練室の合計面積			●●	m ²	●●		m ² 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									
主な揭示事項	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		介護報酬告示上の額の負担割合に応じた額					
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額					
	その他の費用								
通常の送迎の実施地域		●●区●●町、		地区名、町名などを記入。 （客観的にその区域が特定されるもの） ※事業所から●●分以内などの記載は					
協力医療機関	名称		●●病院		総合 歯科				
	名称		●●歯科						

- 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。