

付表 1 - 2 (第 2 条関係)

基準該当短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の登録に係る記載事項  
(空床利用型・併設事業所型)

事業所	フリガナ								
	名 称								
	所在地	(郵便番号 - ) 県 都市							
	連絡先	電話番号	FAX 番号						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文								第 条第 項第 号	
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							
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		介護職員	
		専従	※兼務	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	※兼務				
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	人以下				
	利用者 1 人あたりの最小床面積			m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上				
食堂と機能訓練室の合計面積				m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上				
廊 下	片廊下の幅			m	m以上				
	中廊下の幅			m	m以上				
主な揭示事項	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 (利用者負担分)							
		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			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 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。  
 2 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様に記載した書類を添付してください。  
 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。  
 4 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施設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下さい。また、「空床型・併設型の別」欄の空床型・併設型のいずれか一方又は両方に○を付けてください。  
 5 特別養護老人ホームと同時に申請をする場合は、本様式への記載を要しません。  
 6 「※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。  
 7 当該基準該当居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該基準該当居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。