

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業者の指定に係る記載事項(単独型)

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(〒 -) 広島県 福山市								
	連絡先	電話番号				FAX番号				
E-mailアドレス										
管理者	フリガナ				住所	(〒 -)				
	名前									
	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)									
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)			事業所等名称						
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)			兼務する職種及び勤務時間等						
利用者の推定数			人							
従業者の職種・員数			医師		生活相談員		介護職員		看護職員	
			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)									
			機能訓練指導員		栄養士		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)										
設置基準上の数値記載項目	居室	1室あたりの最大定員		人		/				
		利用者1人あたり最小床面積		m ²						
	廊下	片廊下の幅		m						
		中廊下の幅		m						
	食堂と機能訓練室の合計面積		m ²							
	建物の構造概要									
耐火建築物・準耐火建築物の別										
主な揭示事項	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1割、2割又は3割(負担割合証の割合に準ずる)						
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額						
	その他の費用									
	通常の送迎実施地域	①		②		③		④		⑤
備考										
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					
添付書類		別添のとおり								

備考 1 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すること。
 2 「利用者の推定数」については、新規の場合は「推定数」を、前年度実績がある場合は「前年度の平均値」を記入すること。
 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。