

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  
(本体施設が特別養護老人ホームの場合の空床利用型・併設事業所型)

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					(〒 - )						
	名前					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									
			兼務する職種及び勤務時間等									
空床型・併設型の別						◇特別養護老人ホームの名称						
入所者数		人				短期入所利用者数		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		
	特別養護老人ホーム人員数	常勤(人)										
		非常勤(人)										
	短期入所生活介護従事人数	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		栄養士を配置しない場合の措置					
			専従	兼務	専従	兼務						
	特別養護老人ホーム人員数	常勤(人)										
非常勤(人)												
短期入所生活介護従事人数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
設備・設置上の数値記載項目	居室	1室あたりの最大定員				人		廊下	片廊下の幅		m	
		利用者1人あたり最小床面積				㎡			中廊下の幅		m	
	食堂と機能訓練室の合計面積				㎡		建物の構造概要					
主な揭示事項	特養入所定員	人				短期入所利用定員数		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 本様式は、特別養護老人ホームの空床を利用して実施する場合又は特別養護老人ホームに併設して実施する場合に記入すること。
  - 3 「入所者数」及び「短期入所利用者数」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。
  - 4 介護老人福祉施設に係る空床型については、◇印の欄の記載を省略して差し支えない。
  - 5 「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。