

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以外の場合の併設事業所型)

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					
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									
			兼務する職種及び勤務時間等									
	本体施設の種別・名称											
入所者数		人				短期入所利用者数		人				
◇従業者の職種・員数	本体施設の従事人数		常勤(人)		医師		生活相談員		介護職員		看護職員	
			非常勤(人)		専従		専従		専従		専従	
	短期入所生活介護従事人数		常勤(人)		専従		専従		専従		専従	
			非常勤(人)		専従		専従		専従		専従	
	常勤換算後の人数(人)											
	本体施設の従事人数		常勤(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			
			非常勤(人)		専従		専従					
	短期入所生活介護従事人数		常勤(人)		専従		専従					
			非常勤(人)		専従		専従					
	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		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	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				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、本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合であって、本体施設と一体的に運営が行われる事業所であるときに使用すること。
 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 「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。