

短期利用型届出書
((介護予防)認知症対応型共同生活介護)

事業所名		異動等区分	1 新規 2 変更
------	--	-------	--------------

①当該(介護予防)認知症対応型共同生活介護の事業を行う者が、指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス若しくは指定介護予防支援の事業又は介護保険施設若しくは介護療養型医療施設の運営について3年以上の経験を有している。			はい ・ いいえ
事業所名		サービス種別	
指定年月日	年 月 日		
②(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所の入居定員の範囲内、空いている居室等を利用するものとし、1の共同生活住居において、短期利用共同生活介護を受ける利用者の数は1名としている。 ※1			はい ・ いいえ
③あらかじめ30日以内の利用期間を定めている。			はい ・ いいえ
④短期利用共同生活介護を行うに当たって、十分な知識を有する従業者を確保している。 【認知症介護実務者研修(専門課程)修了者又は認知症介護実践研修(実践リーダー研修)修了者】			はい ・ いいえ
職種	名前	勤務体制	<input type="checkbox"/> 認知症介護実務者研修専門課程(平成16年度まで) <input type="checkbox"/> 認知症介護実践研修(実践リーダー研修)(平成17年度以降) <input type="checkbox"/> 認知症介護指導者養成研修
		A・B・C・D	
※ 当該職員に係る雇用契約書及び研修修了証の写しを添付してください。 ※ 算定する月からの4週分の当該職員に係る勤務形態一覧表を添付してください。 ※1 ただし、利用者の状況や利用者家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急に短期利用生活介護を行うことが必要と認めた場合を除く			