

付表第一号 (十) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項  
(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	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 - )		都 道 市 区		府 県 町 村				
連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号						
	Email									
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )					
	氏名									
	生年月日									
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)									
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地								
兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等										
共生型サービスの該当有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
本体施設の種別										
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						
サービス提供単位1	介護形式 (いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型							
	短期入所利用者数				人 (推定数を記入)					
	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		医師		生活相談員		看護職員		介護職員	
	本体施設の施設等従事人数	常 勤 (人)	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務
		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)									
			栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置	
	本体施設の施設等従事人数	常 勤 (人)	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務		
		非常勤 (人)								
	短期入所生活介護従事人数	常 勤 (人)								
		非常勤 (人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
居室	1室あたりの最大定員				人					
	利用者1人あたりの最小床面積				m <sup>2</sup>					
食堂と機能訓練室の合計面積				m <sup>2</sup>						
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他								
本体施設の入所・入院定員				人	短期入所利用定員	人				
介護形式 (いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型								
短期入所利用者数				人 (推定数を記入)						
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
従業者の職種・員数		医師		生活相談員		看護職員		介護職員		
本体施設の施設等従事人数	常 勤 (人)	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	
	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)										
		栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置		
本体施設の施設等従事人数	常 勤 (人)	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務			
	非常勤 (人)									
短期入所生活介護従事人数	常 勤 (人)									
	非常勤 (人)									
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
居室	1室あたりの最大定員				人					
	利用者1人あたりの最小床面積				m <sup>2</sup>					
食堂と機能訓練室の合計面積				m <sup>2</sup>						
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他								
本体施設の入所・入院定員				人	短期入所利用定員	人				
添付書類		別添のとおり								

- 備考
- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
  - 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してください。
  - 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
  - 本体施設の種別は、「養護老人ホーム」、「病院」、「診療所」、「介護老人保健施設」、「介護医療院」、「特定施設入居者生活介護」、「地域密着型特定施設入居者生活介護」、「介護予防特定施設入居者生活介護」、「その他」を記入してください。

(参考) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項  
(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) 記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	