付表第4─2(第7条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

基準該当短期入所生活介護事業所の登録にかかる記載事項(空床利用型・併設事業所型)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | (　　　　　─　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 |  | | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文 | | | | | | | | | | | | | 第　　　条　第　　　項　第　　　号 | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | | 住所 | | (　　　　─　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 当該短期入所生活介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入) | | | | | | 事業所の名称 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種 | | | | |  | | | | | | 勤務時間等 | | |  | |
| 空床型・併設型の別 | | | | | | 空床型　　・　　併設事業所型 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本体施設 | | | | | | 種別 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 本体施設の入所者数 | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所利用者の推計数 | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | 医師 | | | | | 生活相談員 | | | | | 看護職員 | | | | | | 栄養士を配置していない場合の措置 |
| 専従 | | | ※兼務 | | 専従 | | | ※兼務 | | 専従 | | | | ※兼務 | |
|  | 短期入所生活介護及び本体施設従事者数 | | 常勤(人) | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |
| 非常勤(人) | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |
| 常勤換算後の人数(人) | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| 適合の可否 | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | 介護職員 | | | | | 栄養士 | | | | | 機能訓練指導員 | | | | | |
| 専従 | | | ※兼務 | | 専従 | | | ※兼務 | | 専従 | | | | ※兼務 | |
| 短期入所生活介護及び本体施設従事者数 | | 常勤(人) | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |
| 非常勤(人) | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |
| 常勤換算後の人数(人) | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| 適合の可否 | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 設備基準上の数値記載項目等 | | | | | 基準上の必要数値 | | | 適合の可否 | |
|  | 居室 | 1室あたりの最大定員 | | 人 | 人以上 | | |  | |
| 利用者1人あたりの最小床面積 | | m2 | m2以上 | | |  | |
| 食堂と機能訓練室の合計面積 | | | m2 | m2以上 | | |  | |
| 廊下 | 片廊下の幅 | | m | m以上 | | |  | |
| 中廊下の幅 | | m | m以上 | | |  | |
| 耐火建築物、準耐火建築物の別 | | |  | | | | | |
| 主な掲示事項 | 入所・入院定員 | | 人 | | | 短期入所利用定員数 | | 人 | |
| 利用料 | |  | | | | | | |
| その他の費用 | |  | | | | | | |
| 通常の送迎の実施地域 | |  | | | | | | |
| 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 | |  |
| 添付資料 | | | 別添のとおり | | | | | | |

備考1　「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記載しないでください。

　　2　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してください。

　　3　「主な掲示事項」欄については、本欄への記載を省略し、別添資料として添付してかまいません。

　　4　本様式は、特別養護老人ホームの空床を利用して事業を行う場合、又は施設に併設する事業所において事業を行う場合にかかる申請に使用してください。また、「空床型・併設型の別」欄の空床型、併設型のいずれか一方又は両方に○をつけてください。

　　5「※兼務」欄には、本体施設以外との兼務を行う職員について記載してください。

　　6　短期入所生活介護サービス以外のサービスを実施する場合には、短期入所生活介護サービス部分とそれ以外の部分の料金の状況がわかるような料金表を添付してください。