付表第4─1(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(単独型)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |  | | |
| 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 | | | | | | | 介護職員 | |
| 専従 | | | | 兼務 | | 専従 | | | 兼務 | | 専従 | | | | | 兼務 | | 専従 | 兼務 |
|  | 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 | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | | | 栄養士 | | | | | | 機能訓練指導員 | | | | | 栄養士を配置していない場合の措置 | | | | | | | | |
| 専従 | | | | 兼務 | | 専従 | | | 兼務 | |
| 常勤(人) | | | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 非常勤(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 | | | | | 人以下 | | | | | | | | |  | | | | |
| 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 | 利用定員 | 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　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。