|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**付表8－1　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に係る記載事項（単独型）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | （郵便番号　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・寄附行為等の条文 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 第　　　条第　　　項第　　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  （兼務の場合記入） | | | | | | | | | 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者（前年度の平均値又は推定数） | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ユニットごとの利用定員(ユニット型の場合) | | | | | | | | | | | | | | | | | | ①　　　 人 | | | | | | | ② 人 | | | | | ③ 人 | | | | | ④　　 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 | | | | | | | | | | 人以上 | | | | | | | | | |  | | | | |
| 利用者１人あたりの最小床面積 | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | ㎡以上 | | | | | | | | | |  | | | | |
| 食堂と機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | ㎡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 | | | | | | 法定代理受領分（一割、二割又は三割負担分） | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の送迎の実施地域 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居室種類別利用定員 | | | | | | | ユニット型個室 | | | | | | | | | ユニット型準個室 | | | | | | | | | | 従来型個室 | | | | | | | | 多床室 | | |
| 人 | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | 人 | | |
| 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 | | | | | | |  | | | | | |
| 法第72条の2第1項ただし書きの「別  段の申出」の有無（法施行規則第130  条の5に規定する申出書） | | | | | | | | | | | 有  ・  無 | | ※　共生型の特例によらない通常の指定を受けることを希望する場合は「有」にマル、共生型の特例による指定を受けることを希望する場合は「無」にマルを付けてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

＜記載上の注意事項＞

　1　「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

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」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。