

付表第一号(八) 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(単独型)

|           |                             |                                |            |                                 |                              |                              |                                |    |                  |    |
|-----------|-----------------------------|--------------------------------|------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|----|------------------|----|
| 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     |                              |                                |    |                  |    |
| 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 |    |                  |    |
|           | ○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             |    |
|           |                             |                                | 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)                 |                                |            |                                 |                              |                              |                                |    |                  |    |
|           |                             |                                | 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 |    |
|           |                             |                                | 専従         | 兼務                              | 専従                           | 兼務                           | 専従                             | 兼務 |                  |    |
|           | 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 |                                |    |                  |    |
| 利用定員      |                             |                                |            | 人                               |                              |                              |                                |    |                  |    |
| サービス提供単位2 | 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 |    |                  |    |
|           | ○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             |    |
|           |                             |                                | 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)                 |                                |            |                                 |                              |                              |                                |    |                  |    |
|           |                             |                                | 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 |    |
|           |                             |                                | 専従         | 兼務                              | 専従                           | 兼務                           | 専従                             | 兼務 |                  |    |
|           | 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 |                                |    |                  |    |
| 利用定員      |                             |                                |            | 人                               |                              |                              |                                |    |                  |    |
| 添付書類      |                             | 別添のとおり                         |            |                                 |                              |                              |                                |    |                  |    |

備考 1 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。  
 2 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。

(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(単独型)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 |  |