付表8―2

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

(空床利用型・併設事業所型)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | (郵便番号　　　―　　)  　京都府　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | | | |  | | | | | | | |
| メールアドレス | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | (郵便番号　　　―　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 空床型・併設型の別 | | | | | | | 空床型・併設型 | | | | | | | | | | 本体施設の種別・名称 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 入所者数 | | | | | | | | | | 人(推定数を記入) | | | | | | | | | | | | | 短期入所利用者数 | | | | | | | | 人(推定数を記入) | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | | 医師 | | | | | | | 生活相談員 | | | | | | 看護職員 | | | | | | 介護職員 | | | | | | 栄養士 | | | | | 機能訓練指導員 | |
| 常勤 | | | 兼務 | | | | 常勤 | | | 兼務 | | | 常勤 | | | 兼務 | | | 常勤 | | | 兼務 | | | 常勤 | | | 兼務 | | 常勤 | 兼務 |
| 短期入所生活介護及び本体施設従事人数 | | | | | 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 | | | | | | 耐火建築物、  準耐火建築物の別 | | | | |
| 居室 | | 1室当たりの最大定員 | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | 人以下 | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 利用者1人当たりの最小床面積 | | | | | | | | | | | | m2 | | | | | m2以上 | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 廊下 | | 片廊下の幅 | | | | | | | | | | | | m | | | | | m以上 | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 中廊下の幅 | | | | | | | | | | | | m | | | | | m以上 | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 食堂と機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | | | m2 | | | | | m2以上 | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 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 | | | | | | | | 法定代理受領分(利用者負担分) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の送迎実施地域 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |  | | | | | |
| 名称 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | | | |  | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | | | | | | | 別記のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注　1　＊の付いている「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。

　　2　記入欄が不足する場合は、別に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、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

　　4　この様式は、特別養護老人ホームの空床を利用して実施する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○印を付けてください。

　　5　特別養護老人ホームと同時に申請をする場合は、本様式への記載は要しません。

　　6　「※兼務」欄は、本体施設以外と兼務を行う職員について記載してください。

　　7　当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の状況がわかるような料金表を提出してください。

別記

指定申請に係る添付書類一覧

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添付書類 | 申請する事業・施設の種類 | | 備考 |
| 短期入所  生活介護 | 介護予防 |
| 1 | 申請者の登記事項証明書又は条例等 |  |  |  |
| 2 | 申請法人等の概要 |  |  |  |
| 3 | 経歴書(管理者等) |  |  |  |
| 4 | 従業者一覧表 |  |  |  |
| 5 | 従業者の資格を証する書類(看護師等の免許証の写し) |  |  |  |
| 6 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  |  |
| 7 | 特別養護老人ホームの設置認可通知の写し等 |  |  |  |
| 8 | 事業所の平面図 |  |  |  |
| 9 | 事業所の部屋別一覧表 |  |  |  |
| 10 | 事業所の設備等に係る一覧表 |  |  |  |
| 11 | 建築確認済証の写し |  |  |  |
| 12 | 運営規程 |  |  |  |
| 13 | 重要事項説明書 |  |  |  |
| 14 | 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要 |  |  |  |
| 15 | 協力医療機関との契約の内容 |  |  |  |
| 16 | 既指定事業所の状況 |  |  |  |
| 17 | 誓約書 |  |  |  |

注　1　書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。

　　2　5について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。

　　3　8について、併設事業所において当該事業を行う場合は、本体施設の平面図も併せて添付してください。

　　4　11について、建物が未完成の場合は、完成後に提出してください。