

(その2) (本体施設が特別養護老人ホームの場合の空床利用型・併設事業所型の場合)

※受付番号

事業所	フリガナ												
	名称												
	所在地	(郵便番号 -)											
		(ビルの名称等)											
直通連絡先	直通電話番号					FAX番号							
	E-mail												
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				生年月日		
	氏名												
種別	<input type="checkbox"/> 空床利用型 <input type="checkbox"/> 併設事業所型												
	入所者数	人				短期入所利用者数	人						
従業者の職種及び員数			生活相談員		介護職員		看護職員						
			専	従	兼	専	従	兼	専	従	兼	専	
	介護老人福祉施設等従事人数	常勤 (人)											
		非常勤 (人)											
	短期入所生活介護等従事人数	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													
従業者の職種及び員数			医師		栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		介護支援専門員		栄養士を配置していない場合の措置
			専	従	専	従	専	従	専	従	専	従	
	介護老人福祉施設等従事人数	常勤 (人)											
		非常勤 (人)											
	短期入所生活介護等従事人数	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室当たりの最大定員	人				人以下							
	利用者1人当たり最小床面積	平方メートル				平方メートル以上							
廊下	片廊下の幅	メートル				メートル以上							
	中廊下の幅	メートル				メートル以上							
食堂及び機能訓練室の合計面積		平方メートル				平方メートル以上							
建物の構造概要													
面積		平方メートル				平方メートル以上							
主な揭示事項	入所定員	人				短期入所利用定員数	人						
	利用料	法定代理受領分											
		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	①	②		③		④		⑤					
	(備考)												
協力医療機関	名称					診療科名							
	名称					診療科名							
	名称					診療科名							

- 注1 ※印の欄は、記入しないこと。
- 2 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すこと。
- 3 この様式は、特別養護老人ホームの空床を利用して短期入所生活介護事業又は介護予防短期入所生活介護事業を実施する場合又は同施設に併設して当該事業を実施する場合に記入すること。
- 4 次に掲げる書類を添付すること。
- (1) 申請者の登記事項証明書又は条例等
 - (2) 建物の構造概要を記載した書類及び平面図（当該申請に係る事業を併設事業所において行う場合にあっては、併設本体施設又はユニット型事業所併設本体施設の平面図を含む。）並びに設備の概要を記載した書類
 - (3) 運営規程
 - (4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
 - (5) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
 - (6) 協力医療機関との契約の内容を記載した書類
 - (7) 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第114条第1項第10号に規定する誓約書
 - (8) 認可証等（特別養護老人ホームの空床を利用して短期入所生活介護事業を実施する場合に限る。）
 - (9) 当該指定居宅サービス又は指定介護予防サービス以外のサービスを実施しようとするときは、当該指定居宅サービス又は指定介護予防サービスに係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表
- 5 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。