

居宅 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	(-)				
	連絡先	TEL番号			FAX番号	
メールアドレス						
登記事項全部証明書目的における当該事業の実施に関する番号						
管理者	フリガナ			住所	(-)	
	氏名					
	生年月日					
	当該短期入所生活介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)					
者	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)	名称				
		兼務する職種及び勤務時間等				
利用者数(前年度の平均値又は推定数)			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
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・員数	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	居室		食堂と機能訓練室の合計面積	廊下		
	1室あたりの最大定員	利用者1人あたりの最小床面積		片廊下の幅	中廊下の幅	
	人	m ²	m ²	m	m	
基準上の必要数値	人以下	m ² 以上	m ² 以上	m以上	m以上	
適合の可否						
耐火建築物、準耐火建築物の別						
主な揭示事項	利用者数	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		
添付書類	別添のとおり					

- 備考
- 「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。
 - 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。
 - 「主な揭示事項」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。
 - 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、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料金の状況が分かるような料金表を提出してください。