

居宅 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  
(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)

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									
者	当該事業所又は同一敷地内にある他の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(兼務の場合のみ記入)	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 )			本体施設の名称							
本体施設入所者数(前年度の平均値又は推定数)			人	短期入所利用者数(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
短期入所生活介護及び本体施設従業者員数	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・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
短期入所生活介護及び本体施設従業者員数	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	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	㎡			㎡	㎡	㎡			
基準上の必要数値		人以下	㎡以上		㎡以上		㎡以上	㎡以上		
適合の可否										
主 な 掲 示 事 項	本体施設入所定員	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									
通常を送迎実施地域										
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。
  - 本様式は、特別養護老人ホームの空床を利用して事業を行う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係る申請に利用して下さい。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○を付けてください。
  - 「※兼務」欄は、本体施設以外との兼務を行う職員について記載してください。
  - 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。