

居宅 付表8-3 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以外の場合の併設事業所型)

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の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								
本体施設の種別				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	務
本体施設の施設等従業者員数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
短期入所生活介護従業者員数	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		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	兼	務	専	従	兼	務
本体施設の施設等従業者員数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
短期入所生活介護従業者員数	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		建物の構造概要及び面積			
	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 <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>	m			m	
基準上の必要数値	人以下	m <sup>2</sup> 以上	m <sup>2</sup> 以上	m以上	m以上				
適合の可否									
主な揭示事項	本体施設入所・入院定員数	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 1 「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。  
2 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。  
3 「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。  
4 本様式は、本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合であって、本体施設と一体的に運営が行われる事業所であるときに使用してください。