

(介護予防)短期入所生活介護事業所の開設等計画書

年 月 日

1 設置主体等	法人名			
	所在地	市 町・丁目		
	代表者名			
	連絡先	(TEL)		
		(FAX)		
	担当者名			
2 施設名・区分 (仮称でも可)		事業所の型式	単独・併設/従来・ユニット	
3 事業所の所在地	市 町・丁目			
4 開設予定年月 (事業開始予定)	年 月		上・中・下旬	
5 本体施設の有無 ・定員	本体施設	有・無		
	施設名			
	施設種別			
6 定員	名	本体施設の定員 (併設事業所の場合)	名	
7 改修の必要の有無	有・無 (有の場合はその内容:別紙でも可)			
8 人員配置の予定 (併設事業所の場合、本体施設と合わせた人員の配置人数を記載して下さい)	医 師	人	生活相談員	人
	看護職員	人	介護職員	人
	機能訓練指導員	人	ユニットリーダー	人
	栄養士	人	調理員	人
	その他			
9 施設及び設備の概要 (併設事業所で、本体施設に医務室等が設置されている場合は、「本体に有」として下さい。)	居室 (1室の定員	名, 1名当たり	m ²	
	ナースコール等の設置	有・無		
	廊下			
	廊下幅	m	(中廊下	m)
	手摺りの設置	有・無		
	食堂	m ² ()	機能訓練室	m ² ()
	医務室	有・無 m ² ()	静養室	有・無 m ² ()
	面談室	有・無 m ² ()	調理室	有・無 m ² ()
	介護職員室	有・無 ()	看護職員室	有・無 ()
	洗濯室・洗濯場	有・無 ()	汚物処理室	有・無 ()
	介護材料室	有・無 ()		
	便所	有・無 ヶ所	洗面設備	有・無 ヶ所
	浴室	有・無 ヶ所		
	共同生活室 (ユニット型の場合)	ヶ所	m ²	
	その他			

10 関係部署等との協議	開設計画に係る関係部署等との協議 ・ 協議日 年 月 日 ・ 協議内容 協議者 課氏名
11 消防署との協議	・ 所管消防署との協議年月日 年 月 日 ・ スプリンクラー設置の必要性 有・無

○ 平面図等, 設備について記載事項の確認ができる資料を持参下さい。

※記入に当たっての注意事項など

- 1 記入事項の説明に関して, 貴法人で作成したパンフレット, 資料があれば添付してください。
- 2 当該計画書は, 事前協議資料として使用しますので, 現時点で記入可能な事項を正確に記入してください。
- 3 開設に係る事前協議(ヒアリング)を行いますので, 事前に日程を調整し, 開設者又は管理者が必ず来庁してください。