

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
(空床利用型・本体施設が特別養護老人ホームの場合の併設事業所型)

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市							
	連絡先	電話番号			FAX 番号				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名								
	生年月日								
	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		<input type="checkbox"/> 空床型 <input type="checkbox"/> 併設型		短期入所利用者数 (併設型のみ)	人 (推定数を記入)				
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					
	名称			主な診療科名					
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
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	専従	※兼務
短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
		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				
短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
居室	1室あたりの最大定員				人				
	利用者1人あたりの最小床面積				㎡				
	食堂と機能訓練室の合計面積				㎡				
	廊下	片廊下の幅				m			
中廊下の幅				m					
特別養護老人ホームの入所定員					人		短期入所利用定員		
添付書類			別添のとおり						

- 備考 1 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。
 2 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チェックをしてください。
 3 特別養護老人ホームと同時に申請をする場合は、本様式への記載を要しません。
 4 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 5 従業員の職種・員数の「※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。
 6 空床利用型の場合は、「設備に関する基準の確認に必要な事項」及び「短期入所利用定員」欄の記入は不要です。