

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者の指定更新に係る記載事項

(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) (表面)

| | |
|-------|--|
| ※受付番号 | |
|-------|--|

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|---------|----|----------------|----|
| 事業所 | フリガナ | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | |
| | | (ビルの名称等) | | | | | | | | | |
| 管理者 | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | | | | | | |
| | フリガナ | | | | (郵便番号 -) | | | | | | |
| | 氏名 | | | 住所 | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合は施設) | 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 | | | | | | | | | |
| 入所者数 | 人(推定数を記入) | | | 短期入所利用者数 | 人(推定数を記入) | | | | | | |
| ●従業者の職種・員数 | | | | 医師 | | 生活相談員 | | 介護職員 | | 看護職員 | |
| | | | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 介護老人福祉施設等従事人数 | 常勤(人) | | | | | | | | | | |
| | 非常勤(人) | | | | | | | | | | |
| 介護予防短期入所生活介護従事人数 | 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 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 栄養士 | | 機能訓練指導員 | | 介護支援専門員 | | 栄養士を配置しない場合の措置 | |
| | | | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | |
| 介護老人福祉施設等従事人数 | 常勤(人) | | | | | | | | | | |
| | 非常勤(人) | | | | | | | | | | |
| 介護予防短期入所生活介護従事人数 | 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 | | | | | | ※基準上の必要数値 | | | | ※適合の可否 | |
| 居室 | 1室あたりの最大定員 | | | | 人 | | 人以下 | | | | |
| | 利用者1人あたり最小面積 | | | | ㎡ | | ㎡以上 | | | | |
| 廊下 | 片廊下の幅 | | | | m | | m以上 | | | | |
| | 中廊下の幅 | | | | m | | m以上 | | | | |
| 食堂と機能訓練室の合計面積 | | | | ㎡ | | ㎡以上 | | | | | |
| 建物の構造概要及び面積 | | | | | | | | | | | |
| 主な揭示事項 | 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 | | | | | | | | | | |
| 通常の送迎の実施地域 | | | | | | | | | | | |
| ●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 | | | | | |
| | 名称 | | | | | 主な診療科名 | | | | | |

- 備考
- 1 ※印の欄は、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、特養の空床を利用して実施する場合又は特養に併設して実施する場合に記載すること。
 - 5 法施行日以降において、介護老人福祉施設に指定されるものに係る空床型については、●欄の記載及び添付書類を省略（利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を除く。）して差し支えありません。
 - 6 施行法第7条の規定に基づき介護老人福祉施設の指定があったものと見なされるものについては、●印の欄の記載及び添付書類（利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を除く。）は省略して差し支えありません。

別添

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

指定（許可）更新申請に係る添付書類一覧

※受付番号

主たる事業所・施設の名称

| 番号 | 添付書類 (更新前の届出内容からの変更が無い場合は、 「書類省略不可」以外のものは添付不要) | 申請する事業・施設の種類 | | | | | 参考様式 | 更新前の届出内容からの変更の有無 | |
|----|---|--------------|------|---------|---------|--|--------------|------------------|---|
| | | 短期生活 | 介護予防 | 共生型短期生活 | 共生型介護予防 | | | 有 | 無 |
| 1 | 申請者の登記事項証明書又は条例等 | | | | | | | 有 | 無 |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 (組織体制図、資格証、雇用契約書の写等) | | | | | | 参考様式 1 | 有 | 無 |
| 3 | 事業所の平面図、位置図 | | | | | | 参考様式 3 | 有 | 無 |
| 4 | 事業所の部屋別施設一覧表 | | | | | | 参考様式 4 | 有 | 無 |
| 5 | 事業所の設備等に係る項目一覧表 | | | | | | 参考様式 5 | 有 | 無 |
| 6 | 運営規程（変更有の場合は、新旧対照表を併せて添付） | | | | | | 参考例 | 有 | 無 |
| 7 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | | | | | | 参考様式 6 | 有 | 無 |
| 8 | 介護保険法第 70 条第 2 項各号（又は法第 115 条の 2 第 2 項各号。）に該当しないことを誓約する書面 | | | | | | 参考様式 9-1-(1) | 書類省略不可 | |
| 9 | 協力医療機関との契約の内容 | | | | | | | 有 | 無 |
| 10 | その他（建築基準法の規定による検査済証、消防設備等検査済証、損害保険証書、賃貸借契約書等） | | | | | | 参考様式 11 等 | 有 | 無 |

- 備考
- ※印の欄は、記入しないでください。
 - 参考様式、参考例を掲示しているので、適宜修正のうえ使用してください。
 - 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。
 - 添付書類の詳細については、申請書類確認票をご確認ください。

| 記入担当者連絡先 | | |
|----------|------|-------|
| 事業所名 | | |
| 担当者名 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | FAX番号 |