

(○) 短期入所生活介護
 (○) 介護予防短期入所生活介護 に係る記載事項(単独型)

当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条文				第 ○ 条 第 △ 項 第 ◇ 号						
管理者	(フリガナ) 氏名	フクシ タロウ 福祉 太郎		(フリガナ) 住所	(郵便番号 950 - 8570) ニイガタシチュウオウクシンコウチョウ 新潟市中央区新光町○○番地△△					
	生年月日	昭和○○年△△月××日		住所	新潟市中央区新光町○○番地△△					
	当該事業所で兼務する場合		兼務する職務							
	同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合		事業所、施設等の名称		デイサービスセンター○○○○					
		兼務する職務及び勤務時間等		管理者・介護職員 6時間						
障害福祉等の指定の有無 (該当の指定に○を付すこと)				<input checked="" type="checkbox"/> 指定短期入所事業者(指定障害支援施設が行う指定短期入所と一体的に行う場合) <input checked="" type="checkbox"/> 指定短期入所事業者(指定短期入所事業者が空床を利用して行う場合)						
利用者の推定数		17 人								
従業者	区 分		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
	常 勤 (人)				1			1	7	
	非 常 勤 (人)		1		1			1	1	1
	常勤換算後の人数 (人)				1.20		1.00		7.85	
	※基準上の必要人数 (人)									
	※適合の可否									
	区 分		機能訓練指導員		栄養士		栄養士を配置しない場合の措置			
			専従	兼務	専従	兼務				
	常 勤 (人)		1	1	1					
非 常 勤 (人)										
※基準上の必要人数 (人)										
※適合の可否										
主な設備	区 分				※基準上の必要数値		※適合の可否			
	従来型	居室	1室の最大定員		4	人	人以下			
			利用者1人当たりの最小床面積		10.96	m ²	m ² 以上			
	廊下	食堂及び機能訓練室の面積		75.92	m ²	m ² 以上				
		片廊下の最小幅		1.85	m	m以上				
	中廊下の最小幅		2.72	m	m以上					
	ユニット型	ユニット	ユニット数		ユニット					
			1ユニットの最大定員		人		人以下			
		共同生活室	居室		1室の最小床面積		m ²		m ² 以上	
			ユニットの最小床面積		m ²		m ² 以上			
利用者1人当たりの最小床面積			m ²		m ² 以上					
廊下	片廊下の最小幅		m		m以上					
	中廊下の最小幅		m		m以上					
建物の耐火又は準耐火の別				準耐火						
主な掲示事項	利 用 定 員		20 人							
	利 用 料		法定代理受領分		厚生労働大臣が定める告示上の基準額の利用者負担分					
			法定代理受領分以外		厚生労働大臣が定める告示上の基準額					
	そ の 他 の 費 用		食費(朝食440円、昼食460円、夕食480円)、利用者の希望による日常生活費実費など							
	通 常 の 送 迎 の 実 施 地 域		① 新潟市	② ○○市	③ ○○○町	④	⑤			
協力医療機関		名称	○○○○病院		診療科名	内科、外科、整形外科				
		名称	△△○○歯科医院		診療科名	歯科				
		名称			診療科名					

注 ※欄は記入しないこと。

