

() 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)

管理者	(フリガナ) 氏名	-----		(フリガナ) 住所	(郵便番号 -----)					
	生年月日									
	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						
			兼務する職務及び勤務時間等							
利用者の推定数		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)									
	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									
	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)									
	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		人	人以下				
			利用者1人当たりの最小床面積		m ²	m ² 以上				
		食堂及び機能訓練室の面積		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					
	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	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										
主な揭示事項	利用定員		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		①	②	③	④	⑤			
協力医療機関	備考									
	名称				診療科名					
	名称				診療科名					
名称				診療科名						

注 ※欄は記入しないこと。