付表第一号（九） 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等に係る記載事項
（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	法人番号				
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地			
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等			
空床利用型・併設事業所型の別		□空床利用型　□併設事業所型			
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		

サービス提供単位1

介護形式（いずれか一方を選択）				□　従来型　□　ユニット型						
短期入所利用者数（併設事業所型の場合記入）				人　（推定数を記入）						
○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		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置		
		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）									
○設備に関する基準の確認に必要な事項（併設事業所型の場合記入）										
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								
建物の構造		□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他								
特別養護老人ホームの入所定員		人		短期入所利用定員		人				

サービス提供単位2

介護形式（いずれか一方を選択）				□　従来型　□　ユニット型						
短期入所利用者数（併設事業所型の場合記入）				人　（推定数を記入）						
○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		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置		
		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）									
○設備に関する基準の確認に必要な事項（併設事業所型の場合記入）										
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								
建物の構造		□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他								
特別養護老人ホームの入所定員		人		短期入所利用定員		人				

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次頁の記入欄不足時の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特別養護老人ホーム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、「空床利用型・併設事業所型の別」欄の空床利用型・併設事業所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　従業者の職種・員数の「※兼務」欄は、本体施設以外との兼務を行う従業者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。

（参考） 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等に係る記載事項
（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）記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	