付表８－３　短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護・共生型短期入所生活介護・共生型介護予防短期入所生活介護事業者の指定に係る記載事項（本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合の併設事業所型）

（表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連 絡 先 | | | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | | |  | | | | | | |
| Email | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管　理　者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | 住　所 | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | |
| 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（兼務の場合のみ記入） | | | | | | 事業所等の名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本体施設の種別 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所者数 | | | | | 人（推定数を記入） | | | | | | | | | 短期入所又は共生型短期入所利用者数 | | | | | | | | | | 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 |
|  | 本体施設の施設等従事人数 | | | | | 常勤(人) | | |  |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | |  |  |
| 非常勤(人) | | |  |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | |  |  |
| 介護予防短期入所生活介護又は共生型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(人) | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | 栄養士 | | | | 機能訓練指導員 | | | | | | | | 介護支援専門員 | | | | | | | 栄養士を配置していない場合の措置 | |
| 専従 | 兼務 | | | 専従 | | | | | 兼務 | | | 専従 | | | | 兼務 | | |
|  | 本体施設の施設等従事人数 | | | | | 常勤(人) | | |  |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | | |  | |
| 非常勤(人) | | |  |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | | |
| 介護予防短期入所生活介護又は共生型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(人) | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| 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室当たりの最大定員 | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | 人以下 | | | | | | | |  | |
| 利用者１人当たりの最小面積 | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | | ㎡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 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| 主な掲示事項 | 入所・入院定員 | | | | | | | 人 | | | | | | | 短期入所又は共生型短期入所利用定員 | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | |  | | | | | | | |
| 【添付書類】  別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（裏）

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　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。

４　この様式は、本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合であって、本体施設と一体的に運営が行われる事業所であるときに使用してください。

（表）

別添

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護・共生型短期入所生活介護・共生型介護予防短期入所生活介護

　指定（許可）申請に係る添付書類一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる事業所・施設の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添　　　付　　　書　　　類 | 申請する事業・施設の種類 | | | | 参考様式 |
| 短期生活 | 介護予防 | 共生型  短期  生活 | 共生型  介護  予防 |
| 1 | 法人登記事項証明書又は条例等 |  |  | ☆ | ☆ |  |
| 2 | 本体施設の認可証等の写し |  |  |  |  |  |
| 3 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表並びに資格証の写し |  |  |  |  | 参考様式1 |
| 4 | 事業所の平面図 |  |  | ☆ | ☆ | 参考様式3 |
| 5 | 位置図（施設の場所が確認できる地図等） |  |  | ☆ | ☆ |  |
| 6 | 事業所の部屋別施設一覧表 |  |  | ☆ | ☆ | 参考様式4 |
| 7 | 設備及び備品の概要 |  |  | ☆ | ☆ | 参考様式5 |
| 8 | 運営規程 |  |  |  |  |  |
| 9 | 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 |
| 10 | 損害保険証書の写し（間に合わない場合は、申込み状況が分かるものを添付し、後日証書の写しを提出） |  |  |  |  |  |
| 11 | 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 |
| 12 | 土地・建物の登記事項証明書 |  |  | ※ | ※ |  |
| 13 | 賃貸借契約書の写し（土地・建物を賃借している場合のみ添付） |  |  | ☆ | ☆ |  |
| 14 | 建築基準法の規定による検査済証の写し、消防法の規定による消防用設備等検査済証の写し |  |  | ☆ | ☆ |  |
| 15 | 公図 |  |  | ※ | ※ |  |
| 16 | 協力医療機関との契約の内容 |  |  |  |  |  |
| 17 | 障害福祉サービスの指定に係る通知の写し |  |  |  |  |  |
| 18 | 社会保険及び労働保険への加入状況に係る調査票 |  |  |  |  | 参考様式11 |
| 19 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書及びその添付書類 |  |  |  |  |  |
| 20 | その他 |  |  |  |  |  |

備考　１　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。

　　　２　次の添付書類は３か月以内に発行されたものを添付してください。

　　・登記事項証明書　・公図

３　共生型短期入所生活介護の欄に☆印のある書類は、同一事業所において既に指定障害福祉サービス（短期入所）の指定を受けており、指定障害福祉サービスの指定申請の際の添付書類から変更が無い場合は、本指定申請への添付は省略することができます。また、※印のある書類は、土地・建物を所有している場合のみ添付してください。　　　　　　　　　（裏面あり）

（裏）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |