

別記第1号様式の付表3
身体障害者短期入所事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡 市									
	連絡先	電話番号				FAX番号					
管理者	フリガナ					(郵便番号 -) 県 郡 市					
	氏名					住所					
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合記入)	事業所等名称									
		兼務する職種動 務時間等									
空床型・併設型の別	空 床 型 ・ 併 設 型	本体施設の種別・名称・定員		人							
併設の利用者数	人		短期入所利用者数(推定数を記入)	人							
前年度平均入所者数	空床型の場合		人								
	併設型の場合		人								
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等			第 条 第 項 第 号								
従業者の職員・員数			医 師		看 護 師		理 学 療 法 士		作 業 療 法 士		
			専従	※兼 務	専従	※兼 務	専従	※兼 務	専従	※兼 務	
従業者数	常 動(人)										
	非 常 動(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
			心 理 判 定 員		職 能 判 定 員		あ ん 摩 マ ッ サ ー ジ 指 圧 師		職 業 指 導 員		
			専従	※兼 務	専従	※兼 務	専従	※兼 務	専従	※兼 務	
従業者数	常 動(人)										
	非 常 動(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
			生 活 支 援 員		栄 養 士		介 護 職 員		そ の 他 の 従 業 者		
			専従	※兼 務	専従	※兼 務	専従	※兼 務	専従	※兼 務	
従業者数	常 動(人)										
	非 常 動(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
主な揭示事項											
短期入所利用定員			人								
指定短期入所の内容			宿泊を伴うもの								
利用料											
その他の費用											
通常の送迎の実施地域			①	②	③	③					
その他参考となる事項			第三者評価の実施状況		している・していない						
			苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者				
			その他								
協力医療機関			名称		主な診療科名						
添付書類			別添のとおり(定款、寄附行為等及び登記簿謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規定、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容がわかるもの)								

- 備考
- 「受付番号」欄及び「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 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紙に記載してください。
 - 「併設の利用者数」欄には、併設事業所の定員を記載してください。
 - 新設の場合には、「前年度平均入所者数」欄には推定数を記入してください。
 - 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 - 「※兼務」欄は、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。
 - 「その他の費用」欄には、食材料費、日用品費等利用者に直接金銭の負担を求める費用がある場合のサービスの内容について記載してください。
 - 「通常の送迎の実施地域」欄には、市町村名を記載することし、当該区域の全域又は一部の別を記載してください。なお、実施地域が当該区域の一部である場合は、適宜地図を添付してください。