

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業計画書

年 月 日

法人の概要	【協議者】 主たる事務所の所在地 地法人名称 代表者の氏名	(〒 -)				印
	法人の連絡先	電話	()	FAX	()	
	担当者名					

事業の概要	事業所の名称							
	事業所の所在地	(〒 -)						
	種別 (種別はあてはまるものに○印を記入)	小規模生活単位型以外						
		小規模生活単位型		単位数	単位			
	単位数・利用定員 (居宅サービス定員、介護予防定員、利用定員は、推定数)	小規模生活単位型以外	居宅サービス	名	介護予防	名	利用定員	名
		小規模生活単位型	居宅サービス	名	介護予防	名	利用定員	名
通常の事業実施地域								
開設予定年月 (事業開始予定)	年 月	併設施設の有無と種別	併設施設	有 ・ 無				
			施設名					
			施設種別					

施設等の概要	土地・建物等の面積	敷地 () m ² ・ 延べ床面積 () m ²	
	施設建物の構造	() 造 () 階建ての () 階部分 ※既存建物の場合は、築年及び建築申請時の用途 () 年築 ()	
	主たる各部屋の面積	①居室 () m ² ②廊下(片廊下 m 中廊下 m)	
	小規模生活単位型以外 一の居室定員 名 ~ 名	③食堂・機能訓練室 () m ² ④調理室 () m ²	
		⑤浴室 () m ² ⑥医務室 () m ²	
	小規模生活単位型 ユニット定員 名	⑦洗面設備(居室に有り、) m ² ⑧静養室 () m ²	
⑨面接室 () m ² ⑩介護職員室 () m ²			
新築・改修工事の実施 予定期間及び竣工時期	着工	年 月 日頃	
	竣工	年 月 日頃	

	土地・建物の所有及び使用状況	・土地（所有者：） ・建物（所有者：） ・賃貸借契約（契約期間：）	
人員配置の状況	職員確保及び配置計画 （※職種ごとに配置予定員数及び現状の確保状況又は予定時期について記載してください。）	管理者	
		医師	
		生活相談員 （資格者の確保）	
		看護職員	
		介護職員	
		栄養士	
		機能訓練指導員	
		調理員 その他の従業者	
施設確保状況	バックアップ施設の確保状況 （見込みも含む） （*事業所との距離及び所要時間を記載のこと）	医療機関	①
		①医科	②
		医療機関	①
		②歯科	②

※事前協議の際は、この様式に添付書類を添えて持参してください。