付表４　短期入所事業所の指定等に係る記載事項

記入例

事業所	フリガナ	サセボジギョウショ			指定書に記載される（されている）正式な事業所名を記入
	名　称	佐世保事業所			
	所在地	（郵便番号　857　－　8585　） 長崎　県　佐世保　市　八幡町１番１０号			マンション等や建物の２階以上で実施する場合は、その建物名、階数まで記入
	電話番号	0956-12-3456			法人のメールアドレスを記入
	E-Mail	sasebo@jigyosyo.co.jp			
管理者	フリガナ	サセボ　ジロウ	生年月日		
	氏　名	佐世保　次郎		1986　年　8　月　20　日	
	住　所	（郵便番号　857　－　0042　） 長崎　県　佐世保　市　高砂町５番１号			
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入）		生活支援員		当事業所で兼務する場合は、その職種を記入
	他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	事業所等の名称			他事業所で兼務する場合は、その勤務状況を記入
		兼務する職種及び勤務時間等			

	種別		定員	預りの区分	
事業所の種別（いずれかに○）及び定員（人）		空床型	本体施設の空床の範囲内		宿泊のみ
	○	併設型	3	○	宿泊及び日中預り
		単独型			日中預りのみ

本体施設の種別・名称・定員・入所者数	名称	グループホームさせぼ	定員	10	本体施設の定員を記入
	種別	共同生活援助（介護サービス包括型）	前年度平均入所者数	8.5	本体施設の前年度平均利用者数を記入
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等				第３条 第１項 第１号	定款等で当該事業について定めている条項を記入
障害児対象事業（該当するものに○）	（　該当　非該当　）				障害児対象の該当、非該当を記入
利用する障害児の推定数（人）（障害児対象事業に該当する場合記入）	1				利用する障害児の推定数を記入

○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項									
利用者の推定数（人）	2.1								短期入所の前年度平均利用者数を記入
営業日（該当する日に○）	日	月	火	水	木	金	土	祝	運営規程と一致させること
	○	○	○	○	○	○	○	○	
	その他（年末年始等）	12/29～1/3は休業日							
営業時間	平日	0	：	00	～	24	：	00	運営規程と一致させること
	土曜	0	：	00	～	24	：	00	
	日・祝	0	：	00	～	24	：	00	
利用料	運営規程に定めるとおり								
その他の費用	運営規程に定めるとおり								運営規程と一致させること
通常の事業の実施地域	佐世保市、佐々町（ただし、離島を除く）								
協力医療機関	名称	佐世保病院		主な診療科名	内科				

（備考）

１．記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。

２．更新の場合には、「利用者の推定数」欄及び「利用する障害児の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。

３．「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

４．「診療科名」欄には、主な診療科名１つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	