短期入所生活介護の本入所への転換計画書

別紙２

令和 年 月 日

（川崎市長　宛て）

法人所在地

法　人　名

代表者氏名　　 　　印

※記入にあたり、原則、書体は明朝体でお願いします。

１　転換しようとする施設の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **短期入所生活介護事業所** | **特別養護老人ホーム** |
| 施設名 | |  |  |
| 事業所番号 | |  |  |
| 施設所在地（民有地） | | 川崎市　　　区　○○○○ | |
| 開設年月日 | | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 開設から受付締め切り時点（Ｒ4.5.31）での経過期間 | | 年　　月 | 年　　月 |
| **現定員数** | 従来型 | 床  （　　人部屋×　　部屋） | 床  （　　人部屋×　　部屋） |
| ユニット型  （ﾕﾆｯﾄ数） | 床  （　　　ﾕﾆｯﾄ） | 床  （　　　　ﾕﾆｯﾄ） |
| **転換希望床数** | 従来型 |  | 床  （　　人部屋×　　部屋） |
| ユニット型  （ﾕﾆｯﾄ数） | 床  （　　　　ﾕﾆｯﾄ） |
| **転換後の定員数** | 従来型 | 床  （　　人部屋×　部屋） | 床  （　　人部屋×　　部屋） |
| ユニット型  （ﾕﾆｯﾄ数） | 床  （　　　ﾕﾆｯﾄ） | 床  （　　　ﾕﾆｯﾄ） |
| 転換予定年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | 令和　　年　　月　　日 |

担当者　氏名

電話番号

２　特別養護老人ホームに転換しようとする理由等を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

３　稼働率及び収支計画（別紙　様式３、様式４－１、様式４－２、様式４－３）

４　転換後の短期入所生活介護の利用ニーズへの対応策を記入してください。

|  |
| --- |
| （１）医療的ケアが必要な方の受け入れにあたっての取組みについて、具体的に記載してください。  （２）緊急時の利用ニーズへの対応策について、具体的に記載してください。  （３）居宅介護支援事業所や他の短期入所生活介護事業所など、他の介護保険サービス事業所との連携に関する取組みについて具体的に記載してください。  （４）本体の空床利用への取組みについて、具体的に記載してください。 |

５　転換後の特別養護老人ホームの利用ニーズへの対応策を記入してください。

|  |
| --- |
| （１）転換後の特別養護老人ホーム運営への効果について記入してください。  （２）医療的ケアが必要な方の受け入れにあたっての取組みについて、具体的に記載してください。  （３）待機者の受入れ体制に対する取組みについて、具体的に記載してください。 |

※記述欄は必要に応じて、ヒアリングを実施させていただく場合があります。ご承知おきください。

６　転換に関するスケジュールを記載してください。

（指定申請や転換までに必要な主な手続き）

|  |
| --- |
| 令和　　年　　月  令和　　年　　月  令和　　年　　月 |

７　補助金について

　短期入所生活介護に係る補助金について記載してください。

補助金名称：

補助年度：　　年度

補助主体：

補助額：　　　　　　　　円

※記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記入してください。