

短期滞在加算及び精神障害者退院支援施設加算に係る添付書類

事業所番号			
障害福祉サービスの種類			
事業所の名称			
連絡先	電話番号		担当者名
	FAX番号		
設 備	定 員		人
	居 室 数		1人当たり居室面積
	うち個室	室	m ²
	うち2人部屋	室	m ²
	うち3人部屋	室	m ²
	うち4人部屋	室	m ²
	うち人部屋	室	m ²
	その他の設備の内容		
1 デイルーム(m ²)			
2 食 堂(m ²)			
夜間の 支援体制	勤務形態	職 種	人 数
	常 勤	専 従	人
		兼 務	人
	非 常 勤	専 従	人
		兼 務	人
	連携施設の名称		
夜間の支援体制の内容			

注1 「居室数」欄は、居室の定員規模ごとに、居室数及び当該居室の1人当たり床面積を記載し、居室の総定員が定員欄の値と等しくなるように記載してください。

注2 「その他の設備の内容」欄は、居室以外の利用者が利用する設備の内容を具体的に記載してください。

注3 「夜間の支援体制」欄は、夜間における支援の内容、他の社会福祉施設等との連携の状況等を具体的に記載してください。