ショートステイからの転換計画書

令和 年 月 日

(宛先) 大津市長

(申請者) 所在地

名 称

代表者氏名

担当者氏名

連絡先(電話)

1. 転換するショートステイ及び本体施設の概要

| | | 本体特別養 | を護老人ホーム しゅうしゅう | ショー | ートステイ |
|-------------------|-------|-------|----------------------|-----|-------|
| 施記 | 2名 | | | | |
| 介護保険事 | 事業所番号 | | | | |
| 事業開始 | 台年月日 | | | | |
| 事業所指 | 定年月日 | | | | |
| 空床利用 | 月の指定 | 有り | 無し | | |
| 転換希望数 | | | | | |
| 定員数 | 転換前 | | | | |
| 足貝奴 | 転換後 | | | | |
| | | 階 | mُ | 階 | m² |
| | 転換前 | 階 | mُ | 階 | m² |
| | 料分欠刊 | 階 | mُ | 階 | m² |
| 面積内訳 | | 階 | mُ | 階 | m² |
| (共有面積は按 分すること) | | 階 | mُ | 階 | m² |
| | 転換後 | 階 | mُ | 階 | m² |
| | 和次仅 | 階 | mُ | 階 | m² |
| | | 階 | mُ | 階 | m² |
| 転換希 | 望時期 | | 令和 年 | 月 日 | |

2. 施設の利用実績

(1)特別養護老人ホームの延べ利用日数※令和6年度実績。空床利用を含む

| 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 |
|-----|-----|------|----|----|----|
| | | | | | |
| 10月 | 11月 | 1 2月 | 1月 | 2月 | 3月 |
| | | | | | |
| | | | | | |

(2) 特別養護老人ホームの稼働率の算定

| 稼働率(%) |
|--------|
| |
| |

(3)ショートステイの延べ利用日数※令和6年度実績。空床利用を含む

| 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 |
|-----|-----|-----|----|----|----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
| | | | | | |
| | | | | | |

(4) ショートステイの稼働率の算定

| 年間延べ利用日数 | 稼働率(%) |
|----------|--------|
| | |

| 3. | 転換を実施する理由及び転換によって期待される効果 |
|----|--------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| 4. | 転換実施にあたりショートステイ利用者への対応について |
|----|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 5. | 事故防止・安全対策、高齢者虐待への対応について |
| | |
| | 東欧内正 女工内水で同語自治内 の内心れこう で |
| | 東欧のエーダエバボ、同間 日泊 ロー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ |
| | 予以内正 女工内水、内部 1/2 1/2 マンカルバー フィー |
| | 予以内正 女工内水、内部 1/2 N シンカルバー シャ く |
| | 予以内正 女工内水(内面 日 / 日) |
| | 事成の正 女工内水(同間では下) ジカルバーン (|
| | |
| | |
| | 子以の正 女工/小八(同面) ロ/E N ・シバルバビット C |
| | |
| | |